

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE

***“GRUPO AQUI E AGORA” – UMA AÇÃO EDUCATIVA DE
ENFERMAGEM PARA O AUTOCUIDADO COM O IDOSO
HOSPITALIZADO E SEU FAMILIAR ACOMPANHANTE***

Por

JORDELINA SCHIER

Orientadora:

Prof. Dr.^a LÚCIA H. T. GONÇALVES

FLORIANÓPOLIS

DEZEMBRO.- 2001

JORDELINA SCHIER

***“GRUPO AQUI E AGORA” – UMA AÇÃO EDUCATIVA DE
ENFERMAGEM PARA O AUTOCUIDADO COM O IDOSO
HOSPITALIZADO E SEU FAMILIAR ACOMPANHANTE***

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
graduação em Enfermagem para a obtenção do título de
Mestre em Enfermagem – Área de Concentração:
Filosofia, Saúde e Sociedade.**

Orientadora: Prof. Dr.^a Lúcia H. T. Gonçalves

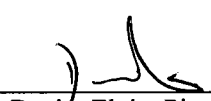
FLORIANÓPOLIS

DEZEMBRO - 2001

JORDELINA SCHIER

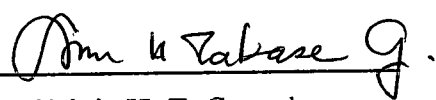
***“GRUPO AQUI E AGORA” – UMA AÇÃO EDUCATIVA DE
ENFERMAGEM PARA O AUTOCUIDADO COM O IDOSO
HOSPITALIZADO E SEU FAMILIAR ACOMPANHANTE***

Esta Dissertação foi julgada adequada para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade, e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, em 18 de dezembro de 2001.



Dra. Denise Elvira Pires de Pires
Coordenadora PEN/UFSC

BANCA EXAMINADORA:



Prof.ª Dr.ª Lúcia H. T. Gonçalves

Orientadora



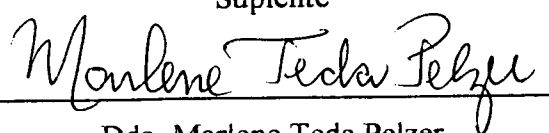
Prof. Dr.ª Angela M. Alvarez



Prof. Dr.ª Marta Prado

Prof. Dr.ª Denise M. G. B. da Silva

Suplente



Dda. Marlene Teda Pelzer

Membro Extra em Formação

AGRADECIMENTOS

A você que me acolheu, que acreditou ou duvidou, que deu palpites, que criticou, que me fez sorrir ou chorar, que aceitou ou negou, enfim...a você que de algum modo se fez presente e com a sua presença contribuiu para o germinar e florescer desse projeto, eu sou muito grata.

Em especial à Lúcia H. T. Gonçalves, estrela guia e luz dessa trajetória, pela generosidade, pela sabedoria que só os grandes e verdadeiros mestres sabem compartilhar.



DEDICATÓRIA

Dedico este estudo aos meus queridos avós, Jordelina e Francisco (in memoriam)

***Pelo exemplo de viver envelhecendo dignamente,
de conviver em família, e por todo amor compartilhado...***

***Aos pacientes idosos e seus familiares acompanhantes,
participantes e co-autores deste estudo, grandes mestres na minha trajetória de vida.***

O ato de semear a terra, lançar as sementes e colher os frutos não se dá sem investimento. Esse investimento depende de variáveis climáticas, depende da qualidade da terra (que pode ser melhorada, nutrida e revolvida), depende da semente, da época correta de ser plantada e colhida. Cabe ao jardineiro ajudar a natureza, através de seu gesto de amor. Esta tarefa, ele não delega. Nem ele se cansa de repetir cada etapa do processo. Rega as plantas, observa e retira as ervas daninhas, acompanha o crescimento e comemora cada novo botão. Não há como ignorar que a mão do jardineiro, a mão que planta e colhe, protege, recupera ou arranca, essa mão é guiada pela razão e pelo coração, pela experiência que o jardineiro acumula e que o faz sábio, mas que é regida também pelo profundo amor e prazer que sente, ao colher os frutos do seu jardim.

(Sordi, 1995, p118)

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA	3
AGRADECIMENTOS.....	4
EPÍGRAFE	5
RESUMO	9
ABSTRACT	11
I INTRODUÇÃO	13
1.1 PROBLEMA	21
1.2 OBJETIVOS.....	21
1.2.1 Objetivo Geral.....	21
1.2.2 Objetivos Específicos.....	21
II REVISÃO DA LITERATURA.....	23
2.1 A FRAGILIZAÇÃO DO IDOSO	23
2.2 ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA DO IDOSO	28
2.3 O FAMILIAR CUIDADOR DO IDOSO	37
2.4 RECUPERAÇÃO E REABILITAÇÃO DO IDOSO NAS INCAPACIDADES	
FUNCIONAIS	52
III MARCO CONCEITUAL.....	59
3.1 TEORIA GERAL DE ENFERMAGEM DE DOROTHEA ELIZABETH OREM	60

3.2 A CONCEPÇÃO DE EDUCAÇÃO DE FREIRE	68
3.3 PRESSUPOSTOS E CONCEITOS DO MARCO CONCEITUAL	71
3.3.1 Os Pressupostos	71
3.3.2 Os Conceitos	72
IV METODOLOGIA DA PRÁTICA ASSISTENCIAL	83
4.1 O CONTEXTO DA PRÁTICA ASSISTENCIAL	83
4.2 POPULAÇÃO ALVO	91
4.3 O PROCESSO DE ENFERMAGEM	91
4.3.1 O Histórico	92
4.3.2 O Diagnóstico	93
4.3.3 A Ação Educativa Grupal	94
4.3.4 A Avaliação	97
4.4 PROCEDIMENTOS ÉTICOS E DE PROTEÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS	97
4.5 PROCEDIMENTOS DE REGISTROS DOS DADOS	98
V DESCREVENDO OS “GRUPOS AQUI E AGORA”	100
5.1 O LOCAL DA AÇÃO EDUCATIVA	101
5.2 CONHECENDO OS PARTICIPANTES DO ESTUDO	102
5.3 “GRUPO AQUI E AGORA”, POR QUÊ ?	104
5.4 A DINÂMICA DO “GRUPO AQUI E AGORA”	108
5.5 APRESENTANDO A PROGRAMAÇÃO DA AÇÃO EDUCATIVA	112
5.5.1 Primeira Programação do “Grupo Aqui e Agora”	114
5.5.2 Segunda Programação do “Grupo Aqui e Agora”	127

VI REFLETINDO A PRÁTICA ASSISTENCIAL À LUZ DO MARCO

CONCEITUAL	144
-------------------------	------------

VII REFLEXÕES FINAIS	160
-----------------------------------	------------

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	163
---	------------

ANEXOS	170
---------------------	------------

Anexo A- Padrões de Assistência de Enfermagem Relacionados com as Necessidades Psicossociais - HU/UFSC	171
---	-----

Anexo B - Orientações de Internação do HU/UFSC	173
--	-----

Anexo C – Autorização e Orientações para Acompanhantes- HU/UFSC	174
---	-----

Anexo D - Portaria Ministerial n.º 280, 07/04/99 do MS	175
--	-----

Anexo E – Instrumento Modificado de Avaliação de Gerontogeriatrica do NIPEG/HU/UFSC.....	176
---	-----

Anexo F – Modelo Geronte de Autonomia nas Atividades Diárias do Idoso.....	182
--	-----

Anexo G - Solicitação para a Realização do Estudo	185
---	-----

Anexo H- Autorização da Comissão de Ética	186
---	-----

Anexo I- Termo de Consentimento Livre Esclarecido	187
---	-----

Anexo J- Técnica de Grupo: Rede.....	188
--------------------------------------	-----

Anexo K –Técnica de Grupo: A Vela.....	189
--	-----

Anexo L- O Jovem Rapaz e a Estrela-do-Mar	190
---	-----

“GRUPO AQUI E AGORA” – UMA AÇÃO EDUCATIVA DE ENFERMAGEM PARA O AUTOCUIDADO COM O IDOSO HOSPITALIZADO E SEU FAMILIAR ACOMPANHANTE

RESUMO

Trata-se de um estudo que tem como questão norteadora, conhecer de que forma a ação educativa de enfermagem desperta na pessoa idosa e na família a percepção e a compreensão do autocuidado como essencial à manutenção de uma vida ativa e autônoma, e com qualidade ao longo do processo de viver envelhecendo em quaisquer circunstâncias de saúde-doença. O marco conceitual é baseado em conceitos da Teoria de Orem e na concepção de Educação de Freire. O estudo, seguindo a metodologia da pesquisa convergente assistencial, é desenvolvido numa prática assistencial baseada em enfermagem para o autocuidado, com ênfase em ação educativa participativa, junto aos pacientes idosos hospitalizados na Clínica Médica Masculina II do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, em tratamento de condições crônicas de saúde, e junto aos seus familiares acompanhantes. Nesta prática, essencialmente educativa, o processo de enfermagem é composto de quatro fases, quais sejam: a coleta inicial de dados para o histórico do paciente idoso e do familiar acompanhante; o diagnóstico; a ação educativa; e a avaliação. Todo o processo é desenvolvido de forma horizontal, ou seja, com a participação ativa dos envolvidos, os quais são considerados agentes do autocuidado. A ação educativa participativa é desenvolvida no grupo denominado *Aqui e Agora*. Os momentos grupais seguem etapas dinâmicas de discussão: compartilhar percepções e saberes sobre a realidade em discussão; questionar a situação exposta; vislumbrar possibilidades de acesso a novos

conhecimentos e recursos; e sintetizar novas tomadas de consciência. Verifica-se que o trabalho de grupo é possível e factível no ambiente hospitalar, e que mobiliza nos participantes novas tomadas de consciência, as quais podem provocar mudanças de atitude e comportamento, que resultam em independência, interdependência e autonomia para um viver envelhecendo mais saudável, conforme percepção e vontade dos mesmos. Vê-se que o processo de ação educativa participativa vislumbra uma forma renovada de prática de enfermagem que contempla a especificidade do ser humano idoso. Prática essa, compartilhada, dialogada e construída com os sujeitos do cuidado e autocuidado – o idoso hospitalizado e seu familiar acompanhante.

“HERE AND NOW GROUP” – THE EDUCATIONAL NURSING FEATURE FOR THE SELF CARING WITH THE HOSPITALIZED ELDERLY AND HIS FAMILY COMPANION

ABSTRACT

It is about a research that has as its guiding issue, learning in what way the educational nursing feature arouses interest in the elderly and the process of perceiving and understanding the self cared in the family as the most important part for the maintenance of an active and autonomous life, and with quality throughout the aging process in any circumstances of health-disease. The conceptual boundary is based on notions of the "Orem Theory" and on "Freire's Educational Conception". The research, following the convergent methodology research of assistance, is developed in an assistant practice based on the nursing for the self caring, emphasizing the shared educational feature, along with the hospitalized elderly patients in the Males Medical Clinic II of "Hospital Universitário" of "Universidade Federal de Santa Catarina", in chronicle health treatment conditions, along with their families, companion or attendant. In this essential educational practice, the nursing process is composed of four stages, that are: the initial data collecting for the elderly patient's and the family companion's detailed report; the diagnostic; the educational action; and the evaluation. The whole process is developed in a horizontal way, that is, with active participation from the ones involved in, in which are considered the self-cared agent. The shared educational feature is developed in a group named "Here and Now". The group meetings are followed by dynamic discussions: Sharing perceptions and knowledge about reality in discussion; questioning the exposed situation: glimmering the approach

possibilities of new knowledge and resources; and synthesizing new consciousness taking. It can be seen that the group work is possible and it can become a fact in the hospital environment, and that brings out in the participants new consciousness, in which can provoke attitude and behavior changing, that will result in dependence and interdependence and autonomy for a healthier aging, according to their own perception and will. It can be observed that the shared educational feature glimmer a new improved way of practicing the nursing that contemplates the specificity of the elderly. A kind of practice that is shared and put in the form of dialogue and it is built from care and self care - the hospitalized elderly and his family companion.

I INTRODUÇÃO

“Por certo, os que não obtêm dentro de si os recursos necessários para viver na felicidade acharão execráveis todas as idades da vida. Mas todo aquele que sabe tirar de si próprio o essencial não poderia julgar ruins as necessidades da natureza. E a velhice, seguramente, faz parte delas!”
(CÍCERO, 2001)

O presente estudo foi realizado a partir de um projeto de prática assistencial desenvolvido no Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Integrado à linha de pesquisa "Cidadania e processo de viver, ser saudável e adoecer, - o cuidado da saúde de pessoas idosas", a temática escolhida foi a assistência de enfermagem para o autocuidado, por meio da educação participativa, com o idoso hospitalizado e seu familiar acompanhante.

O projeto da presente dissertação faz parte do Projeto Integrado de Pesquisa intitulado “Desenvolvimento de Tecnologias de Enfermagem para a Abordagem de Famílias Cuidadoras de seus Membros Idosos”, subvencionado pelo CNPq, Proc. nº 462874/00-1.

A opção pelo tema está ligada ao fato de ser considerada uma área em crescimento, de certo modo imposto pela necessidade emergente de atender à população idosa cada vez mais presente em todos os setores da sociedade; bem como pela minha

identificação com a área e o desejo de contribuir para o progresso da enfermagem gerontogeriatrica.

Esta dissertação é aqui apresentada em sete capítulos. Nesta introdução, estão contidas as justificativas em relação ao tema, à questão norteadora do estudo e seus objetivos. No segundo capítulo, apresentamos uma revisão da literatura que aborda aspectos relacionados com as atividades da vida diária da pessoa idosa, a fragilização desta pessoa e sua família cuidadora, bem como a sua recuperação e reabilitação nas incapacidades funcionais. No capítulo do marco conceitual, o terceiro, apresentamos a construção do mesmo a partir de conceitos da Teoria de Orem e da Concepção de Educação de Freire, bem como os pressupostos que nortearam a prática assistencial desenvolvida. A metodologia adotada está descrita no quarto capítulo, onde contextualizamos o local da prática e detalhamos o processo de enfermagem, enquanto caminho percorrido com o idoso hospitalizado e seu familiar acompanhante. Este caminho pode ser visualizado no quinto capítulo, quando descrevemos a implementação da metodologia utilizada. Finalmente, no sexto capítulo, a reflexão da prática assistencial é feita à luz do marco conceitual, analisando o processo de educação participativa em enfermagem. Por último, nas reflexões finais, ressaltando que o estudo não se esgota em si mesmo, apresentamos as conclusões e sugestões advindas da prática vivenciada e refletida.

Cabe afirmarmos que o presente estudo nasceu da minha vivência pessoal e da minha inquietação profissional, porém sua concepção, elaboração, desenvolvimento e reflexão se deram coletivamente no espaço do Curso de Mestrado e do Hospital Universitário, juntamente com os colegas de turma, as professoras, a orientadora e os participantes desta prática assistencial.

Relatando um pouco de minha vivência, sou a filha mais velha numa família de três filhos e uma das netas dentro de uma família muito numerosa. Aprendi com meus pais, a importância de respeitar e valorizar as pessoas mais velhas. O contato com meus avós e tios idosos foi de extrema importância para meu crescimento pessoal, influenciando a minha opção profissional de compreender e cuidar da pessoa idosa e de sua família. Ainda muito jovem, ao escolher a enfermagem, eu não tinha conhecimento acerca desta profissão, mas já sabia que iria lidar com o ser humano em seu processo vital, nas mais diversas circunstâncias de saúde e doença, de vida e morte, e quaisquer outras intercorrências vitais.

Ao trabalhar como enfermeira assistencial em unidade de clínica médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC), e tendo contato direto e freqüente com pessoas idosas doentes e seus familiares acompanhantes, enquanto cuidadores, senti a necessidade de buscar conhecimentos necessários para explicar os fenômenos que envolvem o ser envelhecete¹, que se fragiliza com o tempo, bem como testar tecnologias inovadoras de cuidados que viabilizem uma enfermagem mais adequada às reais necessidades do idoso doente e sua família.

O envelhecimento populacional é um fenômeno global, fonte de preocupação de profissionais e estudiosos das mais variadas áreas do conhecimento, de organismos governamentais e não governamentais e da sociedade em geral. Segundo a recente obra publicada pelo IBGE (2001) “Síntese de Indicadores Sociais” baseada nas informações anuais da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio- PNAD-1999, a população idosa no Brasil era de 11,4 milhões em 1992, passando para 14,5 milhões de pessoas com 60 anos e mais de idade em 1999, representando uma variação de 7,9% para 9,1% da população total

¹ Ser envelhecete: A expressão “ser” é usada como um substantivo e “envelhecete” como um adjetivo que qualifica o substantivo como sujeito. “Envelhecete” é um neologismo, portanto, é um termo que ainda não está incorporado na língua portuguesa, mas que usamos para expressar a compreensão que temos do envelhecimento enquanto processo.

do país. Estimativas feitas pelo IBGE, a partir do Censo demográfico de 1991 (IBGE 1992), o contingente de idosos no ano de 2025 será de 32 milhões de pessoas, o que corresponderá a 15% da população brasileira. No período de 2000 a 2025, esta faixa etária deverá crescer 130%, liderando o crescimento populacional nas diferentes faixas etárias e dando ao Brasil a posição de 6º lugar no mundo em população idosa mais numerosa (IBGE 1992).

Diferente dos países desenvolvidos, o Brasil sofre mudanças muito rápidas no aumento (absoluto e relativo) da população idosa, desencadeadas a partir dos anos 60, alterando sua pirâmide etária. Estas mudanças trazem consigo consequências de toda ordem, em todas as áreas da atividade humana, provocando necessidades múltiplas. Os fatores a que se deu esse fenômeno são aqueles relacionados às melhorias nas condições sanitárias, de alimentação, de moradia e educação e, com a urbanização, a possibilidade de maior acesso aos serviços de saúde. Estes mesmos fatores estão também relacionados com a transição epidemiológica, a qual mostra a passagem de um perfil de morbimortalidade por doenças infecto-contagiosas, responsáveis por 40% das mortes no país na primeira metade do século XX, para enfermidades crônico-degenerativas nos dias de hoje. Segundo o IBGE (2001), entre as pessoas idosas que vivem no Brasil, vem aumentando a importância das causas de morte relacionadas às neoplasias, às doenças respiratórias e, principalmente, às doenças circulatórias, as quais representam 37,5% dos óbitos da população com mais de 60 anos de idade.

Stevenson, Gonçalves e Alvarez (1997) dizem que apesar de o Brasil não ter alcançado um nível de qualidade de vida desejável, conseguiu elevar a esperança de vida de sua população, e atribuem este fato à assimilação de tecnologias modernas que contribuíram para a diminuição das taxas de mortalidade geral e, mais especialmente,

infantil. Segundo o IBGE (2001), a expectativa de vida da população brasileira ao nascer, em 1999, era de 68,4 anos, e para 2025 está sendo estimada em torno de 80 anos. As implicações sócioeconômicas decorrentes dessa transição, lançam um desafio aos setores sociais e tecnológicos no Brasil, pois a longevidade coexiste com a pobreza da população, aumentando o índice de morbidade por doenças crônico-degenerativas, as quais são deficitariamente tratadas pelo sistema de saúde.

Torna-se evidente que o processo de envelhecimento humano não deve ser compreendido de forma isolada, mas sim observando a multiplicidade de fatores controláveis ou não, os quais interferem no processo de viver gerando incapacidades e dependências na pessoa idosa. Daí, importante saber diferenciar o que é próprio dessa etapa da vida, do que é patológico. É importante que as autoridades governamentais, a sociedade e os profissionais contemplem a população idosa dando atenção à especificidade do processo de envelhecimento humano, no sentido de planejar estratégias de ação que contribuam para a qualidade de vida deste extrato idoso da população.

As pessoas idosas vêm ocupando destaque nas estatísticas hospitalares demonstrando aumento crescente do número de internações hospitalares. Dentre os vários motivos de hospitalização incluem: elucidação diagnóstica, tratamento cirúrgico, tratamentos específicos (quimioterapia, por exemplo), mas sobretudo, por condições crônicas descompensadas com complicações agudas (muitas vezes por falta de acompanhamento ambulatorial adequado, e atendimento domiciliar) e em condições terminais. É sabido que o paciente idoso, pelas suas particularidades, acaba requerendo um tempo de internação hospitalar mais prolongado para a sua recuperação, exigindo exames diagnósticos, medicamentos e procedimentos terapêuticos de alto custo, além de sofrer riscos de infecção hospitalar e outras iatrogenias.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 1999), de posse dos dados relativos à internação hospitalar pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em 1997, afirma que o paciente idoso consumiu 16,3% das AIHs (autorizações de internações hospitalares), com tempo médio de permanência hospitalar de 6,8 dias, e com custo médio por hospitalização de R\$ 334,73. Do custo total com despesas de internações hospitalares, 23,9% foram gastos com idosos. Assim, este estudo conclui que as pessoas idosas consomem muito mais recursos de saúde do que as de outras faixas etárias e questiona este maior custo não reverter em benefício para a mesma. Então, é preciso considerar, no conjunto dos programas de saúde para atendimento da população idosa, para além de uma concepção centrada numa abordagem médica tradicional. Por isso, as determinações da Política Nacional de Saúde do Idoso (BRASIL, 1999), estão centradas na promoção do envelhecimento ativo e saudável, com valorização da autonomia e preservação da independência funcional das pessoas idosas, principalmente para as suas atividades da vida diária.

Os modelos vigentes de atenção ao idoso, seja em asilos ou em hospitais e seus serviços adicionais, têm se mostrado pouco adequados ou até inviáveis em função do aumento da demanda de atendimento da clientela idosa nas portas de emergências, nas filas de espera de atendimento ambulatorial e filas de vaga para leitos hospitalares. Assim, é esperado, um esforço no sentido de considerar no conjunto dos programas de saúde da população idosa, a alternativa, entre outras, do cuidado em nível domiciliar, sem responsabilizar exclusivamente a família, mas considerando as implicações de custos, a qualificação e o conhecimento técnico dos serviços/profissionais envolvidos nesse tipo de atendimento.

Assis apud Caldas (1998) afirma que “o atendimento ao cliente idoso no âmbito domiciliar tem benefícios sobre a hospitalização”, sendo necessário dizer que o

relacionamento familiar ainda é fator importante de equilíbrio e bem-estar da pessoa idosa, apesar dos diferentes fatores que podem interferir na dinâmica familiar, quais sejam, as mudanças de valores sociais e transformações tecnológicas que dificultam a comunicação entre gerações, as más condições de vida da população em geral, a falta em políticas públicas de programas efetivos de apoio às famílias, a diminuição do tamanho da família, a inserção da mulher no mercado de trabalho, as dificuldades de transporte aliadas às distâncias das residências, a perda de autoridade da pessoa idosa, entre outras.

Em nossa realidade, o cuidado na família é muito frequentemente assumido pelas mulheres, uma condição cultural tradicional (CREUTZBERG, 2000; GONÇALVES; SILVA e PFEIFFER, 1996 e 1997; GONÇALVES; ALVAREZ e SANTOS, 2000; GIVEN e GIVEN, 1991; outros). Apesar das mudanças sócioeconômicas e culturais que vêm levando a mulher ao mercado de trabalho, a função do cuidado da família não foi retirada dela, sobrecarregando-a muitas vezes, pois esta mulher assume os cuidados diretos e contínuos ao idoso doente/fragilizado, numa jornada solitária, estressante e sem recursos adequados, o que coloca em risco a saúde da própria cuidadora. Por isso, a família deve também ser vista como cliente da enfermagem. É importante distinguir que o cuidador familiar não é um profissional ou um ocupacional, ele está ligado ao idoso por laços de amor, afeto e responsabilidade, compartilhando uma história de vida em comum. O estresse do cuidador é variável, seus sentimentos podem ir da gratificação pessoal à angústia, insegurança, incompetência para os cuidados assumidos, cansaço e desânimo.

Cuidar do ser humano nessa fase especial da vida é cuidar de um sujeito que tem singularidades, que interage, que requer respeito. A enfermagem tende a se voltar para o idoso doente/fragilizado, objeto e sujeito da assistência, mas é necessário trabalhar

também os aspectos da prevenção de doenças e incapacidades e da promoção da saúde em ambos, de quem cuida e de quem é cuidado.

A enfermagem geronto-geriátrica inclui em suas ações de cuidado orientações no manejo de fatores de risco previsíveis e a promoção de comportamentos saudáveis. Nelas destacam-se esforços na limitação do desenvolvimento da cronicidade, na manutenção das comorbidades em condições controladas, na manutenção da independência funcional pelo desempenho do autocuidado, tudo com vistas a um processo de viver envelhecendo de modo ativo e autônomo, almejando bem-estar e qualidade de vida possíveis.

A orientação para o desenvolvimento do autocuidado estimula o ser humano idoso e seu familiar à melhoria da dinâmica das relações familiares reduzindo as dependências de toda a ordem. Atuando junto ao familiar cuidador, a enfermeira pode deflagrar, neste ser, um processo de pensar a própria velhice, promovendo um salutar autoconhecimento que propicia um viver saudável em família, em quaisquer situações que se lhe apresentem.

O atendimento ao idoso hospitalizado e ao seu familiar acompanhante se constitui numa oportunidade ímpar de participação ativa dos envolvidos no cuidado e no processo de aprendizagem de novos comportamentos para o enfrentamento de situações variadas de vida, saúde e doença. É um momento propício para a enfermagem promover ações educativas participativas de cuidados que deverão ser continuados no âmbito domiciliar, pelos familiares cuidadores apoiados pela equipe profissional com assessoria periódica, objetivando a manutenção de um viver em equilíbrio e com a melhor qualidade de vida possível.

1.1 PROBLEMA

Este estudo teve a seguinte questão norteadora:

- ❖ De que forma a ação educativa de enfermagem desperta na pessoa idosa e na família a percepção e a compreensão do autocuidado como essencial à manutenção de uma vida ativa e autônoma, e com qualidade ao longo do processo de viver envelhecendo em quaisquer circunstâncias de saúde-doença?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

- ❖ Desenvolver e refletir sobre uma prática assistencial baseada em enfermagem para o autocuidado, com ênfase em ação educativa participativa, junto ao idoso hospitalizado e seu familiar acompanhante.

1.2.2 Objetivos Específicos

- ❖ Organizar um marco conceitual baseado em conceitos da Teoria de Orem e na Concepção de Educação de Freire para guiar a prática assistencial proposta;

- ❖ Delinear o processo de enfermagem com passos metodológicos para o desenvolvimento da ação educativa participativa;
- ❖ Implementar a prática proposta: assistência de enfermagem para o autocuidado por meio da educação participativa junto aos idosos hospitalizados na Clínica Médica Masculina II do HU/UFSC, e aos seus familiares acompanhantes;
- ❖ Proporcionar espaço coletivo de discussão, por meio de uma programação de ação educativa, que estimule reflexões e emergência de consciência crítica com vistas a um viver envelhecendo de modo saudável;
- ❖ Avaliar a prática assistencial implementada à luz do marco conceitual adotado.

II REVISÃO DA LITERATURA

“... as melhores armas para a velhice são o conhecimento e a prática das virtudes. Cultivados em qualquer idade, eles dão frutos soberbos no término de uma existência bem vivida.”

(CÍCERO, 2001)

Esta revisão de literatura, refere-se ao idoso doente/fragilizado e sua família cuidadora. Abordamos dados da literatura sobre o idoso e sua família cuidadora; de que forma os estudos da área estão trabalhando com a fragilidade do idoso e o seu desempenho nas atividades da vida diária; bem como, a recuperação e reabilitação do idoso nas suas incapacidades funcionais.

2.1 A FRAGILIZAÇÃO DO IDOSO

Para compreender o processo de fragilização do idoso, é necessário conhecer o processo natural de envelhecimento humano e quais fatores interferem no ser saudável.

Segundo Carvalho Filho (1996, p.60), “o envelhecimento pode ser conceituado como um processo dinâmico e progressivo, no qual há alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas, que vão alterando progressivamente o organismo, tornando-o mais suscetível às agressões intrínsecas e extrínsecas que terminam por levá-lo à morte”. Estas alterações reduzem a capacidade de adaptação homeostática frente à sobrecarga funcional.

Por um tempo, os estudos científicos sobre o envelhecimento ficaram relegados a um segundo plano em função da visão de falta de produtividade e dependência desta etapa da vida. Entretanto, o crescente envelhecimento populacional, mostrando idosos produtivos e em atividade, multiplicaram os estudos experimentais e clínicos a partir da metade do século XX. Diversas teorias procuram explicar o envelhecimento, destas as mais aceitas pelos pesquisadores e que se complementam são a teoria da deterioração da síntese protéica e a teoria do relógio biológico. A estas são acrescidos os fatores intrínsecos (hereditariedade, radicais livres e alterações imunológicas) e extrínsecos (alimentação, variações climáticas e radioatividade) que influenciam no mecanismo de alteração protéica. Tais alterações se refletem nas células, tecidos e órgãos com repercussões morfológicas e funcionais. Mecanismos homeostáticos, como os centros reguladores localizados no cérebro, a função do sistema endócrino e o sistema imunológico, com a finalidade de controle e ajustamento, conferem ao ser humano a capacidade de manter seu meio interno, adaptando-se às situações de sobrecarga funcional. O desenvolvimento e o envelhecimento do ser humano estão, então, condicionados a um padrão genético e às influências do meio ambiente.

Sabe-se que, à medida que o tempo passa, os mecanismos homeostáticos tornam-se menos sensíveis, mais lentos, incertos e não tão bem sustentados. O início destas alterações varia de pessoa para pessoa, devido ao resultado da interação entre fatores extrínsecos (ambientais) e intrínsecos (genéticos). Os problemas mais usuais no idoso, descritos na literatura geronto-geriátrica e também observados na minha experiência como enfermeira assistencial em unidade de internação de clínica médica, são a falta de mobilidade, o comprometimento da cognição e da homeostasia, a incontinência e iatrogenia. Estes problemas não são apenas justificados pelo envelhecimento, mas também

pela presença de doenças que frequentemente acometem a pessoa idosa. Tais problemas podem interferir e dificultar a interação da pessoa com o meio onde vive, isto em função das alterações persceptivas e da capacidade física da mesma, refletindo no seu viver. “Com a perda das performances intelectuais e físicas, as expectativas em relação à vida ficam modificadas” (LIMA, 1997, p.28).

Cardoso e Gonçalves (1998, p.148), num estudo exploratório descritivo sobre qualidade de vida de idosos portadores de polipatologia, aplicaram a Escala de Qualidade de Vida de Flanagan², para avaliar a qualidade de vida destes idosos. Os quais destacaram “insatisfação específica face aos seus problemas de saúde por influir no conjunto do vivenciar a vida e o envelhecer com qualidade”. A qualidade de vida na velhice está ligada à longevidade, à funcionalidade, e à boa saúde física e mental. Existem muitas abordagens acerca da qualidade de vida, seu conceito é tido como multidimensional e sua avaliação um desafio contínuo.

Além dos componentes físico e social, o envelhecimento é uma questão de percepção. Ou seja, também tem relação com os ideais de cada pessoa, com o que o idoso pensa e deseja para si, e que pode ser diferente para o outro (e para o profissional da saúde).

Gatto (1996), ao abordar os aspectos psicológicos do envelhecimento, faz uma reflexão sobre as perdas, crises e superação nesta etapa da vida. Afirma que o idoso tem suas perdas aceleradas, porém com um menor tempo disponível de superá-las, isto pode interferir na sua possibilidade de enfrentamento. O surgimento de doenças crônicas, perda do cônjuge, morte de amigos e parentes, ausência de papéis sociais valorizados, isolamento

² Escala de Qualidade de Vida de Flanagan: Instrumento desenvolvido indutivamente por Flanagan em 1978. É uma escala ordinal que mede quantitativamente, em escores, a qualidade de vida por meio de respostas dadas a quinze itens agrupados em cinco dimensões, quais sejam: bem-estar físico e social; relação com outras pessoas; atividades sociais, comunitárias e cívicas; desenvolvimento pessoal e realização; e recreação. É considerado um instrumento com evidência da validade de construto e com alta confiabilidade.

crescente, aposentadoria com dificuldades financeiras, enfim, são perdas significativas que afetam a auto-estima e culminam em crise.

Então, a condição de velhice tem grandes possibilidades de modificar o modo de vida habitual das pessoas, interferindo na qualidade de vida.

A sociedade traduz o envelhecimento como sinônimo de perdas, porém é necessário abordá-lo também como um período de aquisição. O envelhecimento não se restringe à terceira idade é, pois, um processo irreversível desencadeado com o nascimento, e que se prolonga até a morte.

Mercadante (1996) aborda a velhice enquanto fenômeno natural e/ou cultural, afirmando que o homem foi moldado pela cultura e não pelo instinto. Seu comportamento cultural varia nos diversos momentos históricos e nas diversas sociedades. A velhice, enquanto fenômeno biológico, tem sentido claro de decadência/declínio do organismo para subsistir. É um processo comum aos seres vivos. E a morte natural sucede a velhice, porém, a morte pode ser advinda de processo patológico ou acidente. Entre outros aspectos, a velhice tem uma dimensão existencial, pois modifica a relação que a pessoa tem com o mundo. A própria sociedade tende a determinar o papel do velho, papel este que também se modifica conforme o tempo e o espaço vivido (o conceito é mutável e dinâmico). Assim, o significado cultural da velhice pode ser, muitas vezes, o de exclusão social (do mundo econômico, trabalho, idéias, produção, mundo social, outros) em contraposição com a identidade do jovem (atividade, força, beleza, potência, memória, produtividade).

Para Boutique e Santos (1996) não existe um só envelhecer, mas um processo de envelhecimento determinado socialmente. Ao abordarem os aspectos sócioeconômicos do envelhecimento, afirmam que as desigualdades deste processo advêm das condições desiguais de vida e trabalho, às quais os velhos estiveram expostos durante suas vidas. Os

problemas enfrentados na velhice são consequência da história de vida dos próprios velhos. Refletindo sobre o processo histórico vivido pelos brasileiros nas últimas décadas, com sofrimento político e econômico, vê-se hoje muitos idosos miseravelmente aposentados, vencidos pelo cansaço, com muitas frustrações e sensação de impotência. Os idosos que não estiveram ligados ao sistema previdenciário no passado, estão hoje na condição de indigentes para o Estado e totalmente dependentes de parentes. Para os idosos incluídos no sistema previdenciário, a situação não é muito melhor. Em função do valor da aposentadoria, muitos necessitam complementar o orçamento doméstico através de subempregos. É assustador pensar que esta situação de tão comum pode chegar a ser natural para algumas pessoas. Cabe a nós profissionais da área fomentar discussão acerca dos direitos sociais, para que busquem, individual e coletivamente, seus direitos – o exercício pleno da cidadania.

A velhice colocada como mais uma das etapas da vida, traz consigo a vantagem da sabedoria acumulada ao longo dos anos, a qual pode ser utilizada para o enfrentamento das limitações inerentes a esta etapa. A estrutura social atual é massificante, ignora a singularidade e é despreparada para se adequar, fornecer e/ou oportunizar a qualidade de vida necessária às pessoas que envelhecem, gerando insegurança nos idosos. Há uma negação do envelhecimento pelo próprio ser envelhecente e pela sociedade que o cerca, onde o processo de exclusão e auto-exclusão vivido pelo idoso é cruel e desconsidera a riqueza de sua experiência de vida. Deve ser encarado como um fenômeno natural e universal. Segundo Dutra (1999, p.1), “o idoso é um ser total e não se deve deixar vencer”, pois viver é arriscado para todos, independentemente da idade.

Considerando que o idoso apresenta um perfil de morbimortalidade caracterizado por enfermidades crônicas (85%) , na maioria múltiplas (10%) (RAMOS,

1993), o evento da hospitalização pode ser uma realidade na sua vida, configurando-se num momento de crise e fragilização. As internações hospitalares têm sido freqüentes e prolongadas, em relação às outras faixas etárias, sem entretanto reverter em benefícios para o idoso, provavelmente em função de uma abordagem médica tradicional, a qual não atende às especificidades desta etapa da vida.

2.2 ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA DO IDOSO

Desde a antigüidade, principalmente na cultura ocidental, que a velhice é associada à dependência física e também à perda da autonomia, em função do declínio progressivo e funcional que se dá com o avançar da idade, ainda mais agravado pela condição de saúde do ser envelhecendo. Condição esta, geralmente, associada a comorbidades, as quais quando não controladas devidamente, geram mal-estar no idoso e interferem no seu viver diário.

Paschoal (1996, p.313) interpreta o conceito de saúde da OMS (1947) significando um estado positivo de bem-estar. Concorde com este conceito ao afirmar que “saúde, portanto, é a capacidade de um indivíduo ou de um grupo de continuar exercendo funções em seu meio físico e social, contribuindo para a sociedade e interagindo com ela”.

Atualmente, já não se discute a saúde como ausência de doença, principalmente considerando a situação do idoso. Neste aspecto, é importante ressaltar que a presença de afecções crônicas no idoso pode gerar dependência e perda da sua autonomia. Por isso, é necessário saber como interferir nesta condição, a fim de promover um envelhecimento saudável, mesmo na presença de comorbidades.

Sabe-se que a diminuição lenta e progressiva do desempenho funcional se inicia em torno dos 30 anos de idade, em função do processo de envelhecimento fisiológico e funcional. Tais alterações podem gerar incapacidades, as quais são fatores determinantes da dependência e, portanto, geradoras de cuidados de longa duração. A incapacidade e a dependência interferem na manutenção da boa qualidade de vida.

Segundo Baines e Oglesby (1992), há aproximadamente 31 milhões de idosos nos EUA, ou (12,5%) da população, a maioria com doença crônica. Destes, cerca de 6 milhões de idosos que vivem na comunidade, necessitam de alguma pessoa para auxiliar nas atividades da vida diária (AVDs), e 7 milhões de idosos que vivem em casa requerem ajuda para com o manejo da casa ou para com as atividades instrumentais da vida diária (AIVDs). A maioria necessita assistência na performance das atividades funcionais. Apesar de não dispormos dos dados numéricos, sabemos que no Brasil esta condição não é diferente.

Siu apud Paschoal (1996) observou que há três formas de evitar ou diminuir a necessidade do cuidado institucional de longa duração: através do cuidado familiar e comunitário (informal-leigo), através de políticas públicas que suplementam ou substituam o cuidado informal, e através de uma abordagem de saúde que vise à prevenção de doenças, seqüelas e complicações, e da promoção e proteção da saúde. Aquele autor, ao afirmar que os idosos têm como parâmetro de saúde uma vida independente - sem a necessidade de serem controlados ou cuidados -, considera a autonomia (capacidade de decisão, de comando) e a independência (capacidade de realizar algo com seus próprios meios) como bons indicadores de saúde para o idoso. Neste aspecto, parece a autonomia interessante, pois o indivíduo pode preservar o exercício da sua cidadania.

Considerando-se que está sempre presente ao longo da vida, a dependência não é um atributo da velhice. Surge em situação de crise, resulta de incapacidades e se dá num contexto cultural de normas e expectativas sociais. Entretanto, a capacidade para realizar rotinas e tarefas diárias determina a independência pessoal, que é valor muito considerado na sociedade. E, assim, a independência e a autonomia são então condições para um viver saudável.

Para diversos autores, autonomia do idoso é um aspecto fundamental para seu bem-estar. Inclui a capacidade para a autodeterminação, para resistir a pressões sociais, para pensar e agir de maneira mais independente (CARDOSO e GONÇALVES, 1998). Segundo estudos, a autodeterminação contribui para a satisfação pessoal, reforçando a importância da livre escolha.

Paschoal (1996) diz que desde o fim do século XIX, estudiosos procuram medir o estado de saúde em termos de função, incorporando os conceitos de incapacidade e disfunção como medida de bem-estar funcional. A partir da década de 50, com o envelhecimento populacional, a transição epidemiológica caracterizada pelas doenças crônicas e conseqüentemente a necessidade de cuidados de longa duração, surge a classificação das AVDs, nos EUA. Esta classificação, não padronizada, gerou instrumentos de avaliação funcional com terminologia vaga, número de itens e definições variados, ora extensos, sem parâmetro de comparação entre os instrumentos e sem escore. Portanto, seu valor era limitado devido a não se prestar para uso em pesquisa clínica, nem para processo de tomada de decisão.

Paschoal (1996), em uma revisão de literatura, mostra-nos os principais discernimentos teóricos e de padronização advindos a partir daqueles estudos:

- Grupo de Cleveland, Ohio, EUA, liderado por Sidney Katz; os seis itens do Índice de Katz³, chamados de atividades básicas da vida diária (ABVDs): alimentar-se, ter continência, transferir-se, usar o banheiro, vestir-se e banhar-se) são hierarquicamente relacionados e refletem os padrões de desenvolvimento encontrados em crianças, os estágios sucessivos de recuperação em pacientes incapacitados e, possivelmente, em ordem reversa, a regressão durante o processo natural de envelhecimento. Os três primeiros itens refletem funções vegetativas simples, e os demais são influenciados por forças culturais e de aprendizado. Também perceberam que o desenvolvimento de auto-regulação de alimentação e eliminação de excretas são requerimento para a sobrevivência, e que também o desenvolvimento de locomoção independente preenche a necessidade de sobrevivência. No entanto, as 3 últimas funções não são necessidades do funcionamento fisiológico do dia-a-dia. Então, perde-se primeiro as funções que são mais complexas, menos básicas, e influenciadas por aprendizado e questões culturais. As ABVDs compreendem ações para o autocuidado. Estas atividades mantêm uma relação próxima da maior ou menor autonomia do idoso, das conseqüentes questões emocionais e de perda da auto-estima para ele. Para o cuidador pode demandar maior ou menor sobrecarga física e tempo, além de conhecimentos e habilidades específicas. Esta escala é usada de base para outras que foram desenvolvidas posteriormente.

³ Katz, S. Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility and instrumental activities of daily living. *Journal of the American Geriatrics Society*, v.31, n.12, p.721-7, 1983.

- Lawton e Brody⁴ conceberam as AIVDs, mais complexas que as ABVDs. Refletem a capacidade dos idosos de se adaptar ao seu meio e incluem atividades aprendidas no ambiente (usar o telefone, fazer compras, preparar as refeições, arrumar a casa, lavar roupa, usar transporte, tomar remédios, tomar conta do orçamento, caminhar). Independência ou dependência nessas tarefas determina se o idoso pode continuar a viver sozinho.
- Escala de Guttman ordenou hierarquicamente os itens das ABVDs e AIVDs, do mais fácil para o mais difícil de ser executado, determinando quais atividades uma pessoa pode ou não desempenhar.
- Reuben e Solomon⁵ propuseram que as atividades da vida diária fossem divididas em três níveis de dificuldade e complexidade: básicas (Katz), intermediárias (Lawton) e avançadas. As AAVDs (dirigir carro, praticar esporte, fazer ioga, andar de bicicleta, correr, pintar, cantar, dançar, tocar algum instrumento, viajar, participar de serviço voluntário e atividade política etc.) podem ser pensadas para o desempenho além do necessário para manter uma vida independente. Não são específicas para pessoas idosas, mas declinam com a idade e com os processos de doença, cognitivo, psiquiátrico e social. Não são essenciais, mas contribuem para a manutenção da boa saúde física e mental. O declínio na habilidade para desempenhá-las é

⁴ Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969; 9: 179-185.

⁵ Reuben DB, Solomon DH. Assessment in geriatrics. Of caveats and names. *J. Am. Geriatr. Soc.* 37: 570, 1989.

um indicador prognóstico precoce de declínio na habilidade funcional (dirigir, dançar, pedalar...).

Do funcionamento cognitivo dependem o desempenho físico e o social. O instrumento para avaliação cognitiva é o mini-exame do estado mental (mini-mental state examination- Folstein, 1975), que avalia a orientação têmporo-espacial, memória recente e de evocação, cálculo, linguagem e habilidade construcional. Generalizando, os escores das escalas de avaliação cognitiva são influenciados pelo nível de escolaridade, não testam domínio em profundidade, são pouco sensíveis a deteriorações pequenas, requerem entrevistador treinado, e a precisão dos resultados requer testes neuropsicológicos mais elaborados.

Outro aspecto, que não deve ser ignorado ou negligenciado, é o desempenho psíquico. A demência é considerada uma fonte de incapacidade entre os idosos, com impacto negativo sobre a autonomia e independência. E a depressão, muitas vezes mascarada pelas queixas somáticas, é causa de sofrimento humano, fator de risco de morbidade e suicídio. A escala que avalia alteração funcional na demência é a de Blessed, Tomlinson e Roth⁶, porém ainda não validada em nosso meio. No caso da Doença de Alzheimer, Reisberg, Ferris e Annand desenvolveram o FAST (Functional Assessment Staging of Alzheimer's Disease)⁷.

O funcionamento afetivo é afetado pelos distúrbios maníaco e depressivo. Sendo este último de maior prevalência e pior diagnóstico entre os idosos. Interferem com a competência social, capacidade de autocuidado e independência, levando a perda da

⁶ Blessed G; Tomlinson BE; Roth M. The association between quantitative measures of dementia and of senile changes in the cerebral grey matter of elderly subjects. *Br J Psychiatry* 1968; 114: 797-811.

⁷ Reisberg B; Ferris SH, Anand R. Functional staging of dementia of the Alzheimer

autonomia. É necessário saber diferenciar se a habilidade funcional diminuída no idoso é causa ou consequência da depressão. Muitos são os testes e escalas de avaliação de depressão no idoso, um exemplo é o Geriatric Depression Scale (GDS)⁸

O desempenho social abrange todas as atividades e relações humanas, requerendo avaliação geronto-geriátrica abrangente, tais como as relações sociais, o suporte social, a sobrecarga e o estresse que recaem sobre a família em geral e sobre o cuidador em particular, quando convivendo e cuidando de idosos fragilizados e dependentes. Estes idosos fragilizados, quando não têm um suporte social e uma rede de apoio para permanecerem na comunidade, acabam sendo institucionalizados. Acredita-se que as pessoas idosas socialmente bem integradas em suas comunidades podem ter capacidade aumentada de se recuperar de doenças, e, portanto, sobrevida maior. Por outro lado, sabe-se que o isolamento social é fator de risco definido para morbimortalidade. Aposentadoria, viuvez, perda de amigos, alterações na composição familiar, problemas familiares, mudança de residência, migração, dificuldades funcionais entre outras, são variáveis envolvidas na disfunção psicossocial.

Quando a avaliação funcional é ignorada, deixa-se de detectar as limitações para o desempenho de papéis ou obrigações sociais. Através desta avaliação, pode-se compreender melhor o indivíduo, para definir o que fazer e de que forma atuar, focalizando tanto as incapacidades, quanto a capacidade funcional residual. A incapacidade se refere à impossibilidade de realização de um ato, podendo interferir na qualidade de vida e até inviabilizar a sobrevivência

⁸ Yesavage JA; Brink TL. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiatry Res 17:41, 1983. Copyright 1983, Pergamon Journals Ltd.

impossibilidade de realização de um ato, podendo interferir na qualidade de vida e até inviabilizar a sobrevivência

Velhice saudável tem correlação positiva com independência e autonomia. O alcance de uma velhice saudável é um desafio para os profissionais da saúde, no qual é necessário ultrapassar a simples abordagem clínico-curativa, atuando em equipe multiprofissional.

Fernandes (1999) faz um ensaio sobre a importância da avaliação da capacidade funcional em idosos. Diz que através da avaliação se verifica o nível de saúde ou de qualidade de vida da pessoa idosa. Baseia-se na avaliação geriátrica abrangente ou avaliação global holística, as quais contemplam as dimensões física, psíquica e social do indivíduo. Afirma que as alterações do envelhecimento não são suficientes para causar limitações importantes para a pessoa idosa executar atividades diárias, porém a presença de doenças é uma constante com o aumento da expectativa de vida, podendo gerar incapacidades. É de grande importância para os cuidadores formais e informais conhecerem a habilidade que o idoso tem de permanecer independente. A avaliação funcional é essencial na assistência ao idoso porque é uma abordagem sistemática para avaliar o déficit do idoso, identificar problemas e avaliar o progresso e deterioração com o passar do tempo, auxiliando também na avaliação da capacidade da pessoa idosa viver sozinha em segurança.

Cabe neste momento explicitar o entendimento que temos de visão holística, indo além de um discurso comum, para um pensar/fazer concreto e essencial no cuidado ao ser humano em quaisquer fases da vida. Horta (1979) apresenta a teoria holística de enfermagem desenvolvida por Levine em 1967, a qual diz respeito ao modo de ver o ser humano como um ser único, total e dinâmico. Este ser está em constante interação com o

ambiente que também é dinâmico. Andrade (2001) lembra que a enfermagem deve observar que o modelo biomédico vigente não é o suficiente para manter ou restaurar o bem-estar do ser humano apenas por meio de medicalização e internação hospitalar. Portanto, a visão holística e o modo de cuidar holístico na enfermagem se referem à percepção de inter-relação e interdependência que o profissional tem, no que diz respeito ao ser humano cuidado.

Cardoso e Gonçalves (1996) estudaram os instrumentos de avaliação da autonomia no desempenho das atividades da vida diária do cliente idoso. Observaram que a autonomia está ligada à capacidade funcional, principalmente no que se refere ao desempenho das AVDs, o que confere ao idoso a sensação de bem-estar ou uma boa qualidade de vida, independentemente da idade. Então, autonomia é indicativo de idoso saudável. Para avaliar autonomia é necessário determinar qual a capacidade funcional. O processo de envelhecimento com multipatologias leva à instalação de deficiências concretas, as quais podem ser contornadas através de recursos pessoais, tecnologia médicas, econômico-sociais e culturais, a fim de prevenir ou retardar a instalação de incapacidades e invalidez. Afirmam que o grau de incapacidade é determinado pelo nível de evolução das patologias, número de deficiências próprias do envelhecimento, comportamento pessoal face ao próprio envelhecer, e pelo comportamento da sociedade. Assim, a invalidez (enquanto fenômeno social) conduz à perda da autonomia, muitas vezes por falta de intervenção preventiva. Estes autores recomendam o uso de modo experimental do instrumento para avaliação da capacidade funcional do idoso, Modelo Geronte⁹, o qual

⁹Modelo Geronte de Autonomia: *Geronte: a model of autonomy*". WHO- Services to prevent disability in the elderly (Euro Reports and Studies 83) Copenhagen, 1983, p.7. Desenvolvido na Faculdade de Medicina de Lion, em 1983, e traduzido por Gonçalves, docente da UFSC. Vide anexo F.

avalia a autonomia do idoso, incluindo as atividades mentais, corporais locomotoras, sensoriais, sociais domésticas internas e externas.

2.3 O FAMILIAR CUIDADOR DO IDOSO

Atualmente, o conceito de família transcende o aspecto biológico no que se refere aos laços de consangüinidade. Caminhamos para um conceito mais amplo, o qual parece estar permeado por outros componentes que vão além dos laços de sangue, referindo-se às relações afetivas, às pessoas que moram num mesmo domicílio, àquelas que compartilham um dado momento vivido e uma crença religiosa, à conveniência e à outras pessoas significativas, as quais, na prática assistencial de enfermagem, são identificadas pelo próprio cliente.

Nesta perspectiva, faz-se necessário assistir ao cliente de forma contextualizada, enquanto membro de uma família. O cliente, a partir da sua própria ótica, apresenta-nos quem é a sua família, qual o significado que atribui a ela, quem são as pessoas significativas, como se dão as relações internas, quais fatores sócioeconômico-culturais permeiam o processo de viver no grupo familiar, e qual a interação da sua família com a comunidade.

Para o ser envelhecendo, o processo de envelhecimento traz consigo mudança de papel na família e na sociedade. Sabemos que ocorre na velhice uma queda geral na capacidade de adaptação em todos os aspectos do ser humano, seja físico, psicológico e/ou social. Esta diminuição da capacidade adaptativa do idoso também se reflete no ambiente familiar, aumentando, freqüentemente, sua relação de dependência com a família.

Leme e Silva (1996) afirmam que principalmente nos extremos da vida, infância e velhice, a família assume papel importante, primeiro no desenvolvimento e depois na manutenção do equilíbrio afetivo e físico do ser humano. Para estes autores, a família pode ser considerada o hábitat natural da pessoa humana, o seu ambiente ecológico. Sendo vista como formadora de estruturas sociais, centro de intimidade e de abertura, elemento diagnóstico e terapêutico na saúde do idoso. O ser humano idoso possui valores culturais onde a família exerce também o papel de provedora das necessidades de apoio de saúde de seus membros. Então, o diagnóstico de saúde do idoso deve ser feito a partir da caracterização de sua situação familiar. Ou seja, devem ser considerados os aspectos familiares, a estrutura de inter-relacionamento, suas potencialidades, e sua capacidade de atuar de maneira objetiva na proposta de estruturação de atenção à saúde do indivíduo (conhecer as condições de apoio familiar, ambiente físico e psíquico de vida do idoso). O envelhecimento populacional, em franco crescimento nos países em desenvolvimento, como o Brasil, deveria ser encarado como uma vitória frente aos problemas sócioeconômicos e de saúde sofridos pela população. A população idosa vem crescendo em função da redução da mortalidade infantil, redução da natalidade e aumento da esperança de vida. Assim, seria correto pensar na longevidade como resultante da melhor qualidade de vida. Entretanto, a realidade nacional se traduz em outro pensamento diverso deste. Levando em conta as condições sócioeconômico-culturais da maioria da nossa população, onde predominam rendas mensais muito baixas e acesso à educação em saúde e aos serviços de saúde ainda deficitários, questionamos a que preço nossos velhos se mantêm vivos. Afinal, que tipo de qualidade de vida está presente nesta longevidade? Então, concordando com Kalache apud Karsch (1998), o envelhecimento enquanto uma grande conquista individual e social, passa a ser abordado como um “problema” avassalador.

A literatura consultada é unânime ao afirmar a carência de estudos e pesquisas acerca da família cuidadora, reforçando a necessidade das mesmas.

Algumas pesquisas como de Gonçalves; Silva e Pfeiffer (1996, 1997); Gonçalves; Alvarez e Santos (2000); Franco (1988), Budó (1994); Alvarez (1990, 2001); Portella (1998); Teixeira (1999); Rodrigues e Casagrande (1996); Andrade (2001); Creutzberg (2000); Althoff; Elsen e Laurindo (1998); Elsen (1994) e outros autores de áreas diferentes da enfermagem abordam o familiar cuidador, identificando este ser, suas relações com o ser cuidado, suas necessidades e potencialidades, contribuindo para o desenho de nossa realidade e sugerindo estratégias de saúde.

Familiares e amigos exercem papel fundamental perante o idoso que adoece e se torna dependente. Grande parte destas pessoas se sentem satisfeitas com o papel que desempenham, apesar de muitas vezes vivenciarem situações de estresse, solidão, medo e desgaste. Algumas fazem a opção de cuidar de alguém, enquanto outras se obrigam a isto, o que representa um agravo.

O cuidado ao idoso dependente é, pois, uma tarefa frequentemente desenvolvida por um familiar, na esfera do domicílio, de modo anônimo, solitário, sem o reconhecimento e o apoio dos serviços públicos de saúde, quase sempre sem orientação e, muitas vezes, por pessoas também em processo de envelhecimento. Diferente dos países desenvolvidos que, buscando reduzir custos com assistência hospitalar e asilamentos, investem nos recursos formais e informais, bem como, em pesquisas que revelem alternativas de cuidados e programas de saúde dirigidos ao idoso doente/fragilizado dependente.

Given e Given (1991) levantaram as situações de estresse na relação do cuidado familiar. Tais situações se referem à vigilância aos idosos dependentes que requerem

cuidados diretos, contínuos e intensos; o medo do desconhecido e a possibilidade de fracasso no cuidado; a sobrecarga devido ser o único cuidador; presença de conflitos intrafamiliar; e as dificuldades relacionadas aos recursos disponíveis e necessários ao cuidado.

Karsch (1998) se refere ao cuidador como uma figura oculta aos olhos da sociedade e o mais importante parceiro do cuidado ao idoso dependente, desempenhando importante papel de assistência à saúde no domicílio. Os impactos emocional e financeiro sofridos pelo paciente e família começam na hospitalização, porém não cessam com a alta hospitalar. A vigência de perda da capacidade funcional demanda em adaptação da casa e reorganização e redefinição de papéis familiares.

Considerando o Brasil um país com ações coletivas de saúde ainda insuficientes, o cuidador familiar é, muitas vezes, recurso único no cuidado do idoso doente em seu domicílio entre as famílias mais empobrecidas.

Alvarez (2001, p. 160) apresenta a vivência do idoso e sua família cuidadora no processo de cuidar e ser cuidado em contexto domiciliar, destacando como dimensão central desse estudo o “tendo que cuidar”. Nesta pesquisa qualitativa, a autora diz que a ação de cuidar é uma imposição para o familiar cuidador, implicando em responsabilidade; e também para o idoso que, em situação de dependência, compartilha o momento de cuidado com o cuidador. Revela-nos a inoperância do atendimento à saúde da população idosa, inclusive já considerando este um problema de saúde pública. Quanto ao familiar cuidador, ele percebe que “o cuidado é complexo, desvantajoso e solitário”; que ao cuidar do idoso ele pode estar descuidando-se de si, e por isso, tem a expectativa (algumas vezes frustrada) de encontrar ajuda na família, na comunidade e nos serviços de saúde. Portanto, “para que a família seja considerada parte integrante do sistema de assistência à pessoa

idosa, é necessário que lhe seja proporcionado o respaldo e as condições favoráveis” (ALVAREZ, 2001, p. 162). Segundo a autora, os sistemas de suporte informal e formal devem existir de modo inter-relacional. Sendo a família fortalecida pelo sistema formal, de maneira a garantir a qualidade dos cuidados prestados ao idoso doente e fragilizado no contexto domiciliar e, também, reduzir o estresse do cuidador. “A precariedade dos serviços públicos de saúde e a falta de programas de apoio à família cuidadora, faz da família brasileira empobrecida, uma lutadora solitária para a própria sobrevivência” (ALVAREZ, 2001, p. 179).

Medeiros et al. (1998) relatam e analisam a história de vida de seis cuidadores de pacientes com acidente vascular cerebral (AVC). O estudo complementa e aprofunda o perfil do cuidador primário através das representações do cuidador sobre os sentimentos e problemas vivenciados no processo de cuidar. O trabalho profissional, o modelo e as experiências vividas na família aparecem como elementos fundamentais que determinam se o cuidado será assumido ou não pelo familiar. A saúde, a previdência e o envelhecimento aparecem como fatores com os quais os cuidadores se defrontam em função do seu papel. É constatado que o apoio ao idoso provém unicamente da família, pois o sistema público de saúde não atende às necessidades do paciente com AVC, no máximo garante a internação. Então, tratamento, exames, medicamentos, transporte e orientações de educação em saúde não são oferecidos ou quando sim, são de difícil acesso. A aposentadoria não cobre os gastos com medicamentos e necessidades básicas, sobrecarregando a família financeiramente. O envelhecimento é visto como uma fase de carência, tristeza e alijamento social. Então, assumir o cuidado não é uma opção, mas uma necessidade definida a partir da indisponibilidade de outros cuidadores. O ato de optar acontece na decisão de não cuidar, justificada pela falta de aptidão para o cuidado, sugerindo contratação de terceiros

ou internação do paciente, e cada vez mais desvencilhando-se do cuidado. Assim, o cuidador se sente empurrado para o cuidado; papel que uma vez assumido dificilmente será transferido para outra pessoa. O cuidador se sente no dever de cuidar, também por uma questão religiosa e/ou motivados pelo sentimento de retribuição ao paciente por experiências passadas e reciprocidade de ações equivalentes. Para ser cuidador, além do afeto, é necessário ter paciência. Os cuidadores têm consciência da precariedade do sistema de saúde e previdência, e da dívida que o Estado tem para com eles; porém sentem-se impotentes e tanto cuidadores, quanto a família aceitam o que a situação impõe e a sociedade delega. Os autores não consideram justa a situação de responsabilizar a família, já abandonada à própria sorte, pelo atendimento das necessidades e carências do idoso. Assim como preocupam-se com o discurso do envelhecimento bem sucedido, o qual pode responsabilizar o próprio idoso por seu abandono e dependência. Consideram um desafio o estabelecimento de políticas e práticas sociais que contemplem tanto o paciente quanto o cuidador. E alertam que o cuidador abandonado aos poucos se transforma em um doente.

Andrade (2001, p. 50) apresenta o suporte ao sistema de cuidado familiar do idoso com AVC, a partir de uma perspectiva holística de saúde. O autor adota a concepção de família vista como cliente e o próprio foco do cuidado; pois quando um dos membros é afetado, afeta os outros também, em seu funcionamento e desenvolvimento. Diz que cada vez mais a família é solicitada para atuar no cuidado com a saúde de seus membros, a qual desenvolve um sistema de cuidados utilizando-se do senso comum. Assim, ele considera a família a unidade do cuidado do idoso, surgindo como consequência das relações sociais existentes. Relações estas que dão à família a maior responsabilidade do cuidado desenvolvido nos domicílios aos idosos acometidos de AVC. Afirmar que o sistema de cuidado familiar ao idoso com AVC é uma realidade complexa e singular, ignorada pelo

sistema “oficial” de saúde, bem como pelos seus profissionais, ainda mergulhados no modelo biomédico. Portanto, “em se tratando de cuidado familiar, o enfermeiro busca o encontro da justa medida entre o *fazer* e o *ser* cuidado: é combinar numa relatividade ótima o uso da tecnologia, do conhecimento, com o modo de ser cuidado”.

Marcelino (2000) ressalta a escassez de trabalhos com ênfase na necessidade de apoio educativo aos cuidadores domiciliares de pessoas portadoras de câncer avançado. Podemos ampliar este dado para a situação do familiar cuidador do idoso. Carecemos, pois, de uma prática educativa de enfermagem, junto a estes cuidadores, sistematicamente desenhada para atender às necessidades desta clientela.

Rodrigues e Casagrande (1996), por meio de pesquisa-ação, estudaram o suporte educativo fornecido pela enfermeira geriátrica à idosa pós-queda e seu cuidador, dando continuidade ao cuidado a longo termo. O estudo procura resgatar a percepção da idosa e família para o momento da situação de *queda* sofrida. Visa a compreender as experiências da mulher idosa que teve queda, incentivando a prática do autocuidado através de um projeto educativo, possibilitando a conscientização e prevenção de outras quedas. Os princípios e práticas de educação para o autocuidado da idosa, bem como o envolvimento da família, facilitam a melhora da capacidade funcional, promovendo autonomia e independência. Afirmam que esta atividade educativa deve ser organizada a partir da hospitalização, oferecendo alternativas de seguimento através do cuidado domiciliar, pois, é no pós-alta hospitalar que surgem os problemas de como cuidar desta idosa. As autoras citam o conceito de autocuidado de Orem, lembrando que o autocuidado é inerente ao ser humano, porém não podem afirmar que essa habilidade esteja preservada na velhice. Entretanto, este aprendizado pode ocorrer também nesta fase da vida. No processo educativo para idosas é importante focalizar a independência, o vigor e a satisfação da vida;

sempre considerando as mudanças biológicas, psicológicas e sociais do envelhecimento. Acreditam que a ação educativa possibilita o envolvimento das idosas nas atividades de autocuidado, superando as barreiras, ampliando seus conhecimentos, e provocando mudanças de atitudes e comportamentos sempre que desejarem e necessitarem.

A literatura internacional tem servido de referência em muitos estudos brasileiros, porém apresenta realidades diferentes da nossa sociedade. Em países desenvolvidos os cuidadores domiciliares são reconhecidos inclusive na esfera pública, na qual os serviços estão voltados para o suporte domiciliar e os voluntários da comunidade são ensinados e recrutados para desenvolver o cuidado.

Gonçalves; Silva e Pfeiffer (1996), ao pesquisarem o cuidado do idoso fragilizado e de seus cuidadores no contexto domiciliar, identificaram seis tipos de famílias cuidadoras, assim descritas: todos os filhos cuidam da mãe viúva; alguns filhos e netos cuidam e também os vizinhos; todos os filhos e netos cuidam; há uma cuidadora contratada; cônjuges idosos se cuidam; e há uma idosa cuidadora a serviço de outra idosa. Em outro estudo, Gonçalves; Lima e Schier (1997), considerando o familiar acompanhante do idoso hospitalizado como um parceiro e cliente da enfermagem, priorizaram o atendimento da necessidade de aprendizagem da cuidadora, no que se refere ao cuidado prestado ao idoso e ao autocuidado da própria cuidadora. Acreditam que a enfermagem em parceria com a família está na posição mais indicada para promover o cuidado diário e a manutenção do estado de melhor saúde possível dos idosos. Sendo necessário expandir o papel da enfermeira junto aos cuidadores, pois estes, enquanto clientes, têm necessidades de cuidados de saúde e de instrumentalização para prover cuidados a um membro familiar idoso no contexto domiciliar. Estes estudos, desenvolvidos em Florianópolis, apresentam dados semelhantes aos da literatura existente no que se refere ao gênero do cuidador

(mulher), grau de parentesco (cônjuge, filhas), proximidade afetiva (conjugal, pais e filhos) e proximidade física (pessoas que moram juntas).

Gonçalves; Alvarez e Santos (2000, p.102) afirmam que “a qualidade de vida ou bem-estar do idoso depende em muitas circunstâncias do apoio de outrem”. Observamos que a família tem sido o cuidador do idoso, principalmente a mulher. O cuidado naturalmente atribuído à mulher é construído historicamente nas relações socioculturais, e também construído pela própria cuidadora na medida que se identifica com esse tipo de trabalho, ora prazeroso, ora estressante. Além dos fatores inerentes à sociedade e à cuidadora, há também a identificação e a escolha do próprio idoso ao eleger o seu cuidador principal.

Carletti e Rejani (1996) afirmam que o cuidado informal prestado pela família é responsável pela prevenção da institucionalização e hospitalização, sendo esta última inevitável em algum momento em função da necessidade de intervenção complexa e com técnicas e equipamentos específicos.

Conforme Alvarez (2001), as famílias contam com os serviços hospitalares (emergências, enfermarias e ambulatórios) para o atendimento ao idoso. Entretanto, existe dificuldades para o tratamento e acompanhamento continuado do idoso doente e fragilizado, quais sejam: a falta de leitos hospitalares, os ambulatórios demorados pelas filas de espera e, não voltados para o atendimento geriátrico, entre outros. Afirma que as famílias apresentam baixa expectativa em relação aos Centros de Saúde do bairro em termos de atenção primária que poderiam ser reivindicadas. Logo, são necessárias as instituições formais de apoio, atuantes e ágeis, em nível comunitário e domiciliar, para dar continuidade a assistência no pós-alta hospitalar do idoso doente e fragilizado e seu familiar cuidador.

A necessidade econômica de minimizar recursos e otimizar a produção nos gastos públicos (hospitais, asilos, etc.) procura reinstalar, gradativamente, o doente em seu domicílio, trazendo de volta a figura do cuidador. É imperativo refletir se a prática do cuidado domiciliar/familiar vem perpassar apenas o discurso econômico, ou se é ampliada para a operacionalização do conceito de cuidado em saúde mais abrangente e preocupada com a qualidade de vida e bem-estar do idoso e da família cuidadora.

Born (1996, p.403) diz que

a internação deve ser a última alternativa, tanto por considerações de ordem econômica, como de ordem humana, depois que todas as outras foram pensadas e esgotadas. Feliz o idoso que pode permanecer até o fim dos seus dias na sua própria casa, cercado por familiares que aliam amor e competência técnica para cuidarem dele, dispondo de espaço habitacional e dinheiro para prover suas necessidades.

Felgar (1998), ao delinear o perfil do cuidador de paciente idoso acometido por AVC, confirmou dados internacionais, segundo os quais os homens são acometidos mais precocemente e em maior número do que nas mulheres. Verificou que as famílias são de baixa renda, tendo o AVC provocado alternância de chefia do domicílio, onde mais de 90% são cuidadoras com idades semelhantes às do paciente. Estas cuidadoras acrescem às suas tarefas anteriores o cuidado ao idoso acometido por AVC. Verificou ambivalência de sentimentos na tarefa de cuidar, variando de satisfação do dever cumprido ao cansaço físico e emocional. Entretanto, nem sempre o sentimento de dever cumprido consegue esconder outros sentimentos que afloram frente à situação de cuidar de um familiar com perdas significativas. Sensação de injustiça, raiva, irritação, conformismo, apatia e outros sentimentos, frente à situação de crise que representa a doença e a necessidade de cuidar de

um familiar, nem sempre são explícitos. Idosas cuidadoras têm exercido tarefas muitas vezes incompatíveis com suas possibilidades, representando um agravo à sua saúde, nem sempre devidamente cuidado. A rede pública de saúde não dispõe de atendimento ao cuidador e esta pessoa (mulher idosa) permanece isolada e solitária no seu cuidar. A reabilitação do paciente com AVC está no âmbito da família, porém tal situação extrapola os limites desta doença e parece generalizar para uma realidade experienciada por idosos em geral. Conclui que há necessidade de oferecer recurso institucional público de apoio e referência para o cuidador. Vê também a necessidade de estudos com caráter diagnóstico para traçar estratégias de prevenção para este segmento populacional.

O cuidado é diferenciado pelo nível de dependência do idoso. Cuidar de pacientes acometidos por doença crônica e progressiva é diferente de cuidar de pacientes com possibilidades de recuperação. A cronicidade pode ser um fator de desânimo e estresse, tanto para o idoso quanto para o cuidador. Verificamos, então, que há consenso na literatura no que se refere à característica estressante do ato de cuidar. Este, mesmo quando praticado de forma racionalizada e com a ausência do trabalho fora do domicílio, pode representar uma sobrecarga para os cuidadores. A equipe de saúde deve reconhecer o empenho do cuidador, levar em conta seus sentimentos, potencialidades e necessidades, estando atenta aos sinais de estresse.

Baines e Oglesby (1992) estudaram o familiar cuidador idoso que presta cuidado a um outro idoso, e ressaltam que não há na literatura um modelo conceitual de enfermagem que contemple este binômio. Afirmam que a interação na relação entre o cuidador e o idoso é íntima e permeada pelo compromisso entre ambos. Esta interação é complexa e pode ser muito frágil, podendo o cuidador experienciar sentimentos ambivalentes e questionar suas habilidades para prover o cuidado. Ser familiar cuidador é

usualmente difícil para pessoas jovens, tanto mais para adultos mais velhos, os quais podem estar doentes ou incapazes, prestar o cuidado para um idoso pode ser pior, requerendo suporte adicional. Outros membros da família podem não ser capazes de ajudar, ou não estarem disponíveis, por não se sentirem responsáveis. Há vários argumentos porque pessoas idosas são cuidadoras de outros idosos. Estes argumentos incluem as mudanças sociais, a alta incidência de doenças crônicas no idoso, a indisponibilidade de continuidade dos serviços de cuidados de saúde, a mulher no mercado de trabalho e outros. É estimado que a maior parte (80%) de todo cuidado de saúde prestado nos EUA é dado por membros da família; assim como na maior parte dos países do mundo. Cerca de 6 milhões de velhos que vivem na comunidade necessitam de alguma pessoa para executar as ABVDs, e 7 milhões de velhos que vivem em casa requerem ajuda com o manejo da casa ou com as AIVDs. A maioria necessita assistência na performance das atividades funcionais, como também estão mais vulneráveis para a hospitalização do que os mais jovens. Os velhos que são hospitalizados retornam para casa tão logo tenham melhorado, porém com mais necessidade de cuidados de saúde complexos. Isto aumenta o fardo para o cuidador de familiar idoso, tendo efeito negativo na saúde deste cuidador.

Baines e Oglesby (1992) afirmam que vários modelos teóricos têm sido desenvolvidos para descrever a experiência do familiar cuidador, os quais incluem os conceitos de estresse, estado funcional, AVDs, adaptação, “coping”, características familiar e recursos ambientais. De acordo com Baines, o modelo de autocuidado desenvolvido por Orem tem sido sugerido como um arcabouço para planejar o cuidado de enfermagem com idosos, para atender à demanda de cuidadores de idosos, e como um modelo para investigar o estresse do familiar cuidador idoso e o estado funcional do idoso que recebe o cuidado. Citam Carnevelli, Mitchell, Woods e Tanner, os quais indicaram um modelo de

enfermagem que inclui tanto o estado do cliente e o ambiente dentro do qual seu viver diário acontece, quanto a patologia, estado funcional e AVDs. Sendo que o ambiente envolve o familiar cuidador e os recursos da comunidade. Outros modelos de cuidado foram desenvolvidos para condições crônicas específicas, tal como a doença de Alzheimer¹⁰. Apesar do número de modelos desenvolvidos dirigidos à experiência do familiar cuidador, poucas ou nenhuma das estruturas promoveram um paradigma aceitável para o binômio cuidador/ser cuidado. Nota-se que prevenção e atividades de reabilitação não são incluídas como grandes conceitos na maioria das abordagens dirigidas ao familiar cuidador. Atividades preventivas de saúde são necessárias tanto para o cuidador quanto para o ser cuidado, os quais poderiam ser um foco de intervenção da enfermagem. Por haver um grande número de idosas cuidando de outras pessoas idosas, este grupo etário poderia ser incluído em algum paradigma de cuidador.

Apesar das dificuldades, a maioria das famílias não abandonam o membro quando este requer cuidado. Quando um membro da família é inicialmente acometido, o suporte de amigos e parentes pode ser maior que numa doença de longa data. Observa-se que a maioria das famílias continuam a manter contato com o membro incapacitado; mas a interação pode ir se tornando pouco freqüente com o tempo e resultar no isolamento da pessoa. A natureza da experiência do cuidador é heterogênea, por isso requer ajudas muito variadas.

O fardo do cuidador familiar envolve sentimentos de perda, pesar/fracasso, depressão, exaustão física e emocional, tendo muito pouco tempo para si, além das preocupações acerca dos aspectos financeiros, e da obtenção de serviços necessários. Há

¹⁰ Doença de Alzheimer: doença neurológica irreversível e de progressão lenta, é um tipo de demência descrita por Alois Alzheimer em 1906. Afeta a memória, linguagem, conceito, julgamento, e habilidades visuo-spaciais.

consenso de que períodos longos de cuidado afetam a saúde física e mental do cuidador, e que o suporte social pode minimizar os efeitos negativos desta experiência. Diversas estratégias têm sido desenhadas para atenuar o estresse do cuidador e melhorar a saúde dos mesmos. Entre elas incluem intervalos ou férias no cuidado, grupos de convivência e autoajuda, e outras medidas. As intervenções de enfermagem devem, pois, focar o binômio cuidador/ser cuidado na prevenção e atividades de manutenção da saúde, a fim de mantê-los tão saudáveis quanto possível. Deve incluir o cuidador, o ser cuidado e as outras pessoas significativas no planejamento e implementação do cuidado de enfermagem. Este cuidado requer a assistência para as atividades da vida diária (AVDs), tratamento das condições patológicas, e instruções na promoção da saúde e manutenção de atividades. Sabe-se que os resultados do cuidado afetam cuidador e ser cuidado, em todas as suas dimensões. Mudanças na política pública são necessárias para assistir ao familiar cuidador e prover cuidados para o ser idoso. A enfermagem tem um papel fundamental em detectar as necessidades do binômio cuidador/ser idoso cuidado, em desenhar, junto ao binômio, estratégias de cuidado preventivo para a saúde, desenvolvendo interações positivas que resultem em bem-estar e sustentação da relação de cuidado.

Segundo Miranda (1996, p.13), as ações de enfermagem não devem ser um prolongamento da ação médica, mas um cuidado que “consiste em fazer pelos doentes o que eles fariam se tivessem para isso a força, a vontade e o saber”, numa relação personalizada e de parceria. Desde o primeiro dia de internação, idoso e família devem ter acesso a informações que contribuam para o pleno desempenho das capacidades do idoso pós-alta hospitalar, bem como o autocuidado do cuidador. Isto requer conhecer as capacidades e as necessidades do idoso e família. Ao promover educação em saúde ao idoso e seu familiar cuidador durante a hospitalização, a enfermagem está considerando a

família importante órgão de apoio e de saúde para o idoso. A alta hospitalar não encerra, portanto, a responsabilidade da equipe de saúde, pois o viver no domicílio com independência, autonomia e redução dos riscos para reinternação, pode significar a qualidade da educação em saúde prestada durante a hospitalização.

A Política Nacional de Saúde do idoso (BRASIL, 1999) reconhece a necessidade de a sociedade entender que o envelhecimento populacional é uma questão que extrapola a esfera familiar e do próprio idoso, para alcançar o âmbito público, o qual compreende o Estado, as organizações não-governamentais e os diferentes segmentos sociais. Busca desenvolver parcerias entre os profissionais da saúde e as pessoas mais próximas aos idosos, enquanto estratégia atual e menos onerosa para manter e promover a melhoria da capacidade funcional do ser envelhecido. Estas parcerias devem se dar através das ações integradas realizadas por meio de orientações profissionais, intercâmbio de informações claras e precisas sobre diagnóstico e tratamento, participação efetiva e relatos de experiências entre as pessoas cuidadoras do idoso. Deverá também possibilitar a sistematização de tarefas pertinentes ao cuidado com o idoso e seu cuidador, privilegiando as relacionadas com a promoção da saúde, à prevenção de incapacidades e à manutenção da capacidade funcional, evitando-se, conforme as possibilidades, hospitalizações, asilamentos e outras formas de segregação e isolamento.

2.4 RECUPERAÇÃO E REABILITAÇÃO DO IDOSO NAS INCAPACIDADES FUNCIONAIS

Sabe-se que uma parcela significativa da população idosa desenvolve disfunções ou incapacidades, porém o processo fisiológico de envelhecimento não deve ser visto como patológico ou incapacitante. Segundo Chiovatto (1996), estatísticas americanas de 1988 afirmam que os idosos apresentam duas vezes mais incapacidades em relação à população geral, 4 vezes mais limitação das atividades, consultam o médico 45% mais freqüentemente, têm internações hospitalares duas vezes mais amiúde e 50% mais demoradas, e que 60% da população adulta portadora de limitação funcional decorrente de doença crônica é idosa.

Souza, Dias e Scatena (2001) apresentam uma análise do conceito de reabilitação a partir da revisão da literatura. Observaram que há uma tendência na literatura em confundir o conceito de reabilitação com os de ajustamento, adaptação e recuperação. Afirmam que o termo reabilitação social vem sendo usado na área de saúde mental, objetivando a construção da cidadania e o desenvolvimento da autonomia das pessoas portadoras de distúrbios mentais. O termo reabilitação tem origem no latim e significa restauração, com o sentido de retorno a um estado-meta, a uma fisiologia normal. Enquanto o termo recuperação tem o sentido de recobrar (o perdido), adquirir novamente. Já o conceito de adaptação e ajustamento se refere a “tornar-se justo, exato, igualar-se, convencionar-se” (FERREIRA apud SOUZA; DIAS e SCATENA, 2001).

Para esses autores, reabilitação implica um treinamento de habilidades às pessoas que, frente a uma situação nova, apresentam algum tipo de limitação decorrente de um processo patológico ou tipo de tratamento.

A reabilitação implica no reconhecimento das limitações, porém enfocando as potencialidades, valorizando e ajudando as pessoas no seu crescimento. Também implica que o indivíduo tenha acesso ao exercício da cidadania, com a possibilidade de reinserção social, ou seja, o retorno da convivência em sociedade.

A reabilitação tem sentido processual, com a inclusão do indivíduo, família e equipe multidisciplinar, buscando contemplar a totalidade do ser.

Souza, Dias e Scatena (2001, p.29) “compreendem o conceito de reabilitação como um processo singular que desenvolve as possibilidades das pessoas para conduzi-las ao exercício pleno da cidadania e, conseqüentemente, a uma vida com qualidade”.

“Reabilitação pode ser definida como o processo para o desenvolvimento da máxima capacidade física, psíquica, social, vocacional, educacional de um indivíduo, considerando suas limitações de qualquer ordem, sejam elas fisiológicas, anatômicas, ambientais e etc.” (CHIOVATTO,1996, p.325). A reabilitação tem como objetivos preservar a função ou adiar/prevenir a instalação de incapacidades, diminuir o comprometimento imposto por incapacidade ou disfunção, e adaptar o indivíduo de forma a propiciar melhor qualidade de vida.

A literatura mostra que a capacidade de reabilitação e a melhora de desempenho de um indivíduo são possíveis e independem da idade.

Os recursos reabilitacionais, cada vez mais utilizados, ainda não são adequadamente compreendidos ou utilizados na prática gerontológica. Percebe-se que a atuação profissional praticamente inexistente na reabilitação geriátrica, restringindo-se aos cuidados de pacientes portadores de grandes incapacidades.

A avaliação para fins de reabilitação deve ser a mais ampla possível, incluindo o diagnóstico clínico, funcional, psicológico e social do indivíduo. Requer, pois, uma

equipe multiprofissional com visão holística do idoso. Enquanto processo de aprendizado, o prognóstico na reabilitação é dinâmico e variável, de acordo com cada paciente. Para sua determinação é necessário detectar qual o nível funcional que o paciente poderá alcançar em determinada atividade. Os níveis funcionais podem ser divididos em: independência, independência com auxílio, semi-dependência e dependência.

O profissional, no processo de reabilitação, deve considerar as perspectivas do indivíduo e família, as reais possibilidades reabilitacionais, os problemas que interferem neste processo e os recursos terapêuticos disponíveis para tal. “Todos os procedimentos adotados devem priorizar a identidade biopsicossocial do indivíduo, devem ser direcionados à sua reintegração na comunidade e, acima de tudo, objetivar qualidade de vida” (CHIOVATTO, 1996, p.330).

A Política Nacional de Saúde do Idoso (BRASIL, 1999) compreende a reabilitação física como um conjunto de procedimentos terapêuticos físicos que visam a adaptar ou compensar deficiências motoras, e que quando aplicado às limitações incipientes pode ser considerada reabilitação precoce ou preventiva. Este é um foco especial para as ações de um trabalho multiprofissional, bem como a inclusão do familiar cuidador, que deve considerar as causas da dependência física e mental evitáveis e reversíveis através das técnicas de reabilitação.

Yuaso e Sguizzatto (1996, p.331) afirmam que o processo de doença e conseqüente perda funcional, sem intervenções adequadas e em tempo hábil, podem gerar limitações em efeito cascata, com diminuição da qualidade de vida, os quais consomem muitos recursos materiais e profissionais especializados. “Geralmente, o aumento de incapacidades, entre elas as motoras, é causa de institucionalização precoce de idosos”. A reabilitação está incluída na fase terciária da assistência à saúde, dando a impressão de

começar apenas após o término do tratamento de uma doença. Neste sentido, desconsidera as medidas de reabilitação precoce e permite que as incapacidades se instalem. É consenso que os melhores resultados são atingidos quando a reabilitação é iniciada o mais precocemente possível.

A prevenção gerontológica deve ter como objetivos: prevenir o declínio decorrente do envelhecimento, evitar fatores que estimulem o envelhecimento precoce ou patológico, e evitar ao máximo as situações que gerem perda da capacidade de independência e autonomia do idoso. Os exercícios regulares e progressivos retardam as atrofias e degenerações; idosos acamados têm maior risco de complicações secundárias, podendo perder parte de seus movimentos.

Chiovatto (1996) apresenta as principais causas de incapacidades no idoso, quais sejam: – O AVC, lesão funcional neurológica de maior prevalência e gravidade nos homens, superado apenas pelo câncer e doença cardíaca. Deteriora a qualidade de vida através de incapacidades principalmente para andar, ver e sentir; – As doenças pulmonares: doença pulmonar obstrutiva crônica, asma, bronquiectasia e pneumonia, sendo esta última causa freqüente de morbimortalidade; – A Doença de Parkinson que é freqüente, acometendo 1% dos idosos, determina degeneração lenta e progressiva do sistema nervoso central, gerando incapacidade física (tremores, rigidez, acinesia, alterações da postura e da motricidade automática); – As doenças osteoarticulares como a osteoartrose, artrite reumatóide e a osteoporose; – As demências que são doenças neurológicas responsáveis por mais de 50% das internações em casas de repouso, gerando incapacidades para as AVDs e custos financeiros e humanos altos. Manifestam-se através da diminuição progressiva da função cognitiva (perda da memória, perda da capacidade de abstração e juízo, alteração da personalidade). Entre elas a Doença de Alzheimer é a mais comum; – As

quedas apresentam frequência alta, são importante causa de morbidade, geralmente provocadas por fatores extrínsecos.

Segundo Rodrigues e Casagrande (1996), as quedas constituem um dos principais problemas de saúde dos idosos. Estudos mostram que a queda ocorre mais em mulheres. Suas consequências podem variar de intensidade e limitam as AVDs, podem levar à hospitalização e ao tratamento cirúrgico, gerar complicações (escaras, problemas pulmonares, imobilidade), o isolamento social que gera depressão, a dependência econômica etc. A diminuição da auto-estima, a depressão, a dependência, a sensação de impotência, o desgaste emocional e alterações no relacionamento familiar, são algumas das consequências psicológicas pós-queda. A queda pode provocar alterações na autonomia e independência, o restabelecimento e a manutenção é o ponto mais importante no estudo destas autoras.

Em nível hospitalar a equipe de saúde detém o controle sobre a assistência à pessoa, porém no domicílio o oposto é verdadeiro. A pessoa e sua família é que assumem, controlam e executam os comportamentos relacionados à saúde. É no contexto familiar que as pessoas desenvolvem suas formas de vida e estabelecem suas ações sociais, por isso a possibilidade de interação entre o idoso, família e equipe são maiores.

O processo de reabilitação e recuperação do idoso nas incapacidades funcionais, enquanto ação educativa em saúde, é uma possibilidade de resgatar a autonomia e independência do idoso, bem como minimizar a sobrecarga familiar que advém das situações de dependência. O idoso ao se tornar dependente, em todos os sentidos, sofre um processo de exclusão, que é também um processo de auto-exclusão. Ao não exercer sua cidadania, permanece à mercê do que é estabelecido pela sociedade como normal e esperado.

Por outro lado, devemos, enquanto profissionais da saúde, refletir sobre nosso papel de facilitadores no processo educativo em saúde. Sabemos que, atualmente, a grande maioria das pessoas, inclusive as crianças, sabe dos cuidados básicos com a saúde. Tais cuidados são amplamente divulgados nos meios de comunicação e também são aprendidos na escola. Então, porque o ser humano não consegue aplicá-los na vida diária? Apesar da busca por uma qualidade de vida, continuamos nos alimentando mal, dormindo mal, curando ao invés de prevenir, tendo uma vida sedentária, e outras situações estressantes que contribuem para produzir um estado de saúde deficiente e de risco. Além disto, em nosso meio, o acesso aos serviços de saúde é complicado. Principalmente, no que se refere a prevenção. Apesar do SUS¹¹ ter como princípios fundamentais a universalidade, a equidade e a integralidade (BRASIL, 1988), nem todo o cidadão brasileiro tem o acesso que deseja e que necessita da atenção à saúde, ficando, muitas vezes, à margem destes princípios, e tendo acesso apenas através das portas de emergências hospitalares onde recebe o tratamento curativo.

Na verdade todos nós lutamos para sobreviver, considerando tantas adversidades, às quais estamos sujeitos. Daí se o processo de sobreviver já é tão difícil, imagine pensar a própria velhice, que representa a própria finitude!

Apesar de ainda ser considerado um país jovem, o Brasil já aponta para o envelhecimento populacional de forma crescente e rápida. É notório o despreparo social, econômico e cultural para receber e dar suporte a esta população envelhecida. Tal despreparo se reflete nos serviços de saúde que mal dão conta dos aspectos curativos para a

¹¹ SUS: Sistema Único de Saúde, refere-se ao sistema de saúde pública brasileiro contido nos artigos 196 a 200 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, no qual a saúde é direito de todos e dever do Estado.

população geral, e não reconhecem o idoso como um ser que tem especificidades e singularidades. Assim, o idoso é atendido de forma massificada...

Esta revisão da literatura mostrou a necessidade do desenvolvimento de um processo educativo participativo com o idoso e seu familiar cuidador, no qual todos os envolvidos são sujeitos ativos, capazes de modificar a realidade, se assim desejarem, e serem mais autônomos, independentes e conscientes de suas necessidades e potencialidades, capazes de buscar e/ou criar soluções para seus problemas.

Então, baseando-nos nos vários aspectos abordados nesta revisão, sistematizamos uma ação educativa de enfermagem que despertasse na pessoa idosa e na família, a percepção e a compreensão do autocuidado como essencial à manutenção de uma vida ativa e autônoma, e com qualidade ao longo do processo do viver envelhecendo em quaisquer circunstâncias de saúde-doença.

III MARCO CONCEITUAL

“Não são nem a força, nem a agilidade física, nem a rapidez que autorizam as grandes façanhas; são outras qualidades, como a sabedoria, a clarividência, o discernimento. Qualidades das quais a velhice não só não está privada, mas, ao contrário, pode muito especialmente se valer.”
(CÍCERO, 2001)

A enfermeira, enquanto profissional da saúde, ao prestar cuidados à pessoa idosa valoriza e estimula a independência e autonomia do cliente, valendo-se, entre vários recursos, da prática de educação participativa para o autocuidado nas atividades do viver diário.

Pensamos, então, que através de ações libertadoras de educação para a vida e para saúde, a pessoa idosa e sua família cuidadora são capazes de manter e/ou buscar o bem-estar e qualidade de vida que desejam para si. Quando devidamente informado, orientado e motivado, acerca da sua saúde e seus direitos de cidadão, o cliente é capaz de tomar suas próprias decisões e de se autocuidar. Por isso, a opção por desenvolver uma prática assistencial de enfermagem com idosos hospitalizados e seus familiares acompanhantes fundamentada na Teoria do Autocuidado de Orem e na Concepção de Educação de Paulo Freire.

A aplicação prática dos conceitos dos autores adotados, buscando uma relação de complementaridade e possibilidade de avanço na educação para a vida e saúde, pode

diferenciar o exercício da enfermagem com o enfoque na especificidade do cuidado à pessoa idosa e sua família cuidadora, contemplando um enfoque integral possível, o qual requer a ação gerontológica.

O desenvolvimento desta prática assistencial de enfermagem, enquanto ação educativa participativa junto ao idoso hospitalizado e ao seu familiar acompanhante, pretendeu contribuir para o despertar de atitudes favoráveis ao autocuidado no viver diário da pessoa idosa em quaisquer circunstâncias de saúde-doença.

Para melhor compreensão dos conceitos que sustentaram a construção deste marco conceitual segue, inicialmente, uma síntese dos dados biográficos dos autores e das Teorias adotadas, e, em seguida, a apresentação dos pressupostos e conceitos que nortearam esta prática assistencial.

3.1 TEORIA GERAL DE ENFERMAGEM DE DOROTHEA ELIZABETH OREM

Para o desenvolvimento deste texto foram usadas, basicamente, as bibliografias das autoras Foster e Bennett (2000), colaboradoras no livro de George (2000), com a apresentação da Teoria de Dorothea E. Orem, e de Alvarez (1990) que, em sua dissertação de mestrado, identifica as exigências de autocuidado terapêutico em mulheres idosas e de sua competência para satisfazê-las.

Orem nasceu em 1914, em Baltimore, Maryland. No início dos anos 30, concluiu seus estudos na Escola de Enfermagem do Providence Hospital, em Washington, D.C. Em 1939, obteve o grau de bacharel em ciências e em educação para a enfermagem. O título de mestre em enfermagem foi obtido em 1945, na Catholic University of American.

Na sua carreira de enfermeira trabalhou em equipe, como enfermeira particular, como educadora e administradora e como consultora em enfermagem. Desde 1970, trabalha como consultora em enfermagem e educação para a enfermagem, para a firma de Orem e Shields, em Chevy Chase, Maryland. No período de 1958 a 1959, como consultora para a Secretaria de Educação do Departamento de Saúde, Educação e Bem-Estar, participou de projeto para aperfeiçoar o treinamento em enfermagem prática. Foi a partir desta experiência que Orem buscou resposta à pergunta: *Qual é a condição existente numa pessoa, quando lhe é determinado, por ela mesma ou por outra pessoa, submeter-se a cuidados de enfermagem?*

A condição encontrada foi a do autocuidado, ou seja, as pessoas cuidam de si mesmas quando capazes e, quando não, necessitam da ajuda da enfermeira, que é outra pessoa.

Orem desenvolveu e publicou suas idéias em quatro edições do livro *Nursing - Concepts of Practice*. Na primeira edição, de 1971, ela desenvolveu os conceitos de autocuidado, centralizando seu foco no indivíduo. Em 1980, ampliou para unidades multipessoais (famílias, grupos e comunidades). Em 1985, apresentou a Teoria Geral de Enfermagem, formada por três construtos teóricos: Teoria do Autocuidado, Teoria das Deficiências do Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem. E, finalmente, em 1991, buscou o entendimento de características concretas na prática da enfermagem e suas limitações.

A Teoria de Orem caracteriza-se por um grande construto, inter-relacionando a Teoria do Autocuidado, do Déficit do Autocuidado e de Sistemas de Enfermagem. Seu aspecto fundamental é o autocuidado centrado no indivíduo, cabendo à família, grupos e comunidade, o papel de coadjuvantes no desenvolvimento dessas ações. A Teoria do Déficit do Autocuidado é a essência da Teoria Geral, pois delineia a intervenção da enfermeira, onde a atuação profissional é necessária quando existe um desequilíbrio entre a

exigência de autocuidado apresentada pelo indivíduo e a capacidade que ele tem para o autocuidado. A Teoria de Sistemas de Enfermagem diz respeito ao planejamento das ações de autocuidado pelo profissional, baseando-se nas exigências de autocuidado e nas capacidades do cliente para execução de atividades de autocuidado, conforme o estado de saúde e de vida do mesmo.

Em 1985, ao publicar a Teoria Geral de Enfermagem, Orem (1985, p.84) define o conceito de **autocuidado** como: “a prática de atividades que indivíduos pessoalmente iniciam e desempenham em seu próprio benefício para manter a vida, saúde e bem-estar”. Outros conceitos fundamentais apresentados por Orem são a **competência para o autocuidado**, a qual se refere ao poder ou capacidade do indivíduo em produzir ações para suprir uma exigência de autocuidado; e as **exigências terapêuticas de autocuidado**, estas relacionadas com as ações de autocuidado necessárias para suprir os requisitos (ou exigências) de autocuidado.

Na Teoria do Autocuidado, Orem apresenta os requisitos para o autocuidado (FOSTER e BENNETT, 2000). Estes requerem as ações voltadas para a provisão de autocuidado, as quais são feitas pela própria pessoa ou por outrem. Os requisitos de autocuidado são categorizados em três tipos: universais, desenvolvimentais e de desvio de saúde.

O requisito de autocuidado universal se refere às atividades do cotidiano e é comum a todos os indivíduos, estando presente em todas as etapas do ciclo vital. Orem os identifica como: (a) a manutenção de ingestão suficiente de ar; (b) a manutenção de ingestão suficiente de água; (c) a manutenção de ingestão suficiente de alimento; (d) a provisão de cuidados, associada a processos de eliminação e excreção; (e) a manutenção de um equilíbrio entre atividade e descanso; (f) a manutenção de um equilíbrio entre solidão e

interação social; (g) a prevenção de riscos à vida, ao funcionamento humano e ao bem-estar; (h) a promoção do funcionamento e desenvolvimento humanos, em grupos sociais, conforme o potencial humano, limitações humanas conhecidas e o desejo humano de ser normal.

No processo de envelhecimento tais requisitos universais podem ser afetados, tanto quanto em qualquer outra etapa do ciclo vital. Entretanto, devemos considerar que na velhice se acentuam mudanças de caráter morfológico e funcional, ainda mais agravadas pela incidência de comorbidades, incluindo frequentemente as doenças crônico-degenerativas.

Os requisitos desenvolvimentistas de autocuidado se referem às exigências de autocuidado nas várias etapas do desenvolvimento humano, inclusive na velhice. Estes requisitos, classificam-se em dois subtipos: os relacionados à provisão de cuidados para prevenir os efeitos negativos das condições adversas; e à provisão de cuidados para diminuir ou superar os efeitos negativos existentes de uma condição ao acontecimento vital particular.

Para o ser humano idoso, os requisitos desenvolvimentistas podem estar relacionados à capacidade de adaptação à velhice, aposentadoria, perda de papéis sociais, morte e luto, mudança de ambiente, dentre outras situações que requerem exigências de autocuidado, as quais, quando não atendidas, podem desencadear desequilíbrios e desvios no processo de viver.

Por último, os requisitos de desvio de saúde, nos quais as exigências de autocuidado aparecem nas condições de doença, ou em consequência de medidas médicas para diagnóstico e tratamento. Os requisitos para o autocuidado por desvio de saúde são: (a) busca e garantia de assistência médica adequada; (b) conscientização e atenção aos efeitos e

resultados de condições e estados patológicos; (c) execução efetiva de medidas prescritas pelo médico; (d) conscientização e atenção, ou regulação de efeitos desagradáveis de medidas médicas; (e) modificação do autoconceito e autoimagem, na aceitação de si como estando em estado especial de saúde e necessitando de formas específicas de tratamento e cuidados; (f) aprendizado da vida associado a condições patológicas, bem como de efeito de medidas diagnósticas e terapêuticas, em busca de um estilo de vida que promova o desenvolvimento contínuo do indivíduo.

Considerando-se a incidência de doenças crônico-degenerativas que acometem a pessoa idosa, os requisitos de autocuidado no desvio da saúde requerem do indivíduo, freqüentemente, a busca por orientações e ajuda de outrem capaz de cuidá-lo, enquanto temporariamente dependente para o autocuidado.

A Teoria do Déficit de Autocuidado diz quando a enfermeira é necessária para auxiliar o indivíduo no autocuidado, descrevendo a relação entre as atividades de autocuidado (ou a competência/habilidade adquirida para o autocuidado), as exigências de autocuidado terapêutico e as atividades de enfermagem; mostrando que quando há maior demanda do que competência de autocuidado, a enfermagem se faz necessária. É por meio destes elementos que a enfermeira faz o diagnóstico da situação e propõe uma ação de enfermagem.

Por último, na Teoria de Sistemas de Enfermagem, baseando-se nas necessidades de autocuidado e na capacidade do indivíduo realizar o autocuidado, a enfermeira planeja as ações pertinentes em conjunto com o cliente e seu familiar cuidador, visando, sempre que possível, promover nos clientes a agência pelo autocuidado. Nesta Teoria, três sistemas de enfermagem concorrem para satisfazer os requisitos de

autocuidado, quais sejam: sistema totalmente compensatório, sistema parcialmente compensatório e o sistema de apoio-educação, conforme ilustrados na figura 1.

No sistema totalmente compensatório, o cliente está totalmente dependente para o autocuidado e a enfermeira identifica e cuida deste indivíduo (ex.: pacientes em coma, pacientes conscientes porém com déficit motor, pacientes capazes para locomoção e outras atividades diárias porém dementes). A enfermeira realiza os cuidados enquanto alguns dos fatores que afetam a competência estão comprometidos. Porém, a enfermeira deve estar consciente do contínuo estímulo necessário para ações de autocuidado pelo cliente. Desta forma, atua sobre as capacidades afetadas e as mantidas, de maneira a reequilibrar a relação autocuidado e capacidade para o autocuidado, na perspectiva de que o cliente participe dos cuidados e evolua para uma fase de maior independência.

No sistema parcialmente compensatório, tanto a enfermeira quanto o cliente executam as atividades de cuidado e autocuidado (ex.: pacientes em pós-operatório). A enfermeira motiva o cliente a assumir progressivamente o autocuidado.

E, finalmente, no sistema de apoio-educação, o cliente realiza o autocuidado, porém requer aprender ações de cuidado. Neste sistema, as ações se referem ao aprendizado necessário para a tomada de decisões, controle do comportamento e aquisição de conhecimentos e habilidades para o autocuidado.

A Teoria Geral de Enfermagem de Orem apresenta os conceitos de ser humano, saúde, enfermagem, sociedade e autocuidado. O processo de enfermagem de Orem, composto por três fases, representa um método para determinar as deficiências de autocuidado, planejar o sistema e a assistência de enfermagem, e avaliar os papéis do indivíduo e da enfermeira no atendimento das exigências de autocuidado. Este método, para Orem, é um componente técnico que deve estar aliado aos processos interpessoais e sociais.

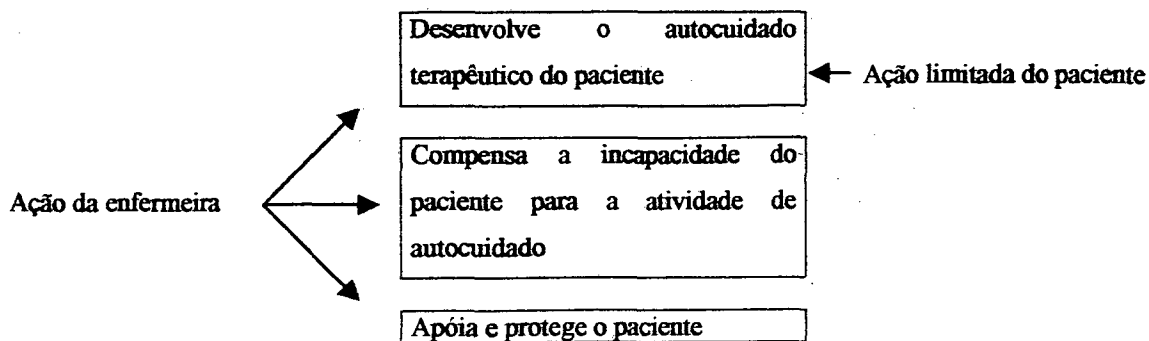
A autora também amplia seu foco individual para a família na provisão do autocuidado enquanto necessário ao ente cuidado.

Castellanos (1989), escrevendo sobre a Teoria do Autocuidado de Orem, diz que alcançar o autocuidado é um processo aprendido, é uma prática da pessoa *para si mesma e desenvolvida por ela mesma*. Onde o indivíduo deve ser livre para acertar, para aprender, para utilizar ou rejeitar o que lhe é oferecido, para pedir ajuda, para obter informações sobre si mesmo e, se desejar, para deixar o hospital/instituição de saúde. Então, a essência do objetivo do autocuidado é o autocontrole, a liberdade, a responsabilidade do indivíduo e a busca pela melhoria de sua qualidade de vida. Assim, o objetivo da assistência deriva das necessidades e preferências do indivíduo, e não do profissional. A relação profissional-cliente, dessa forma, possibilita que diminua a dependência, pois, os direitos e as responsabilidades inerentes ao indivíduo são reais e não devem ser violadas ou assumidas por outros.

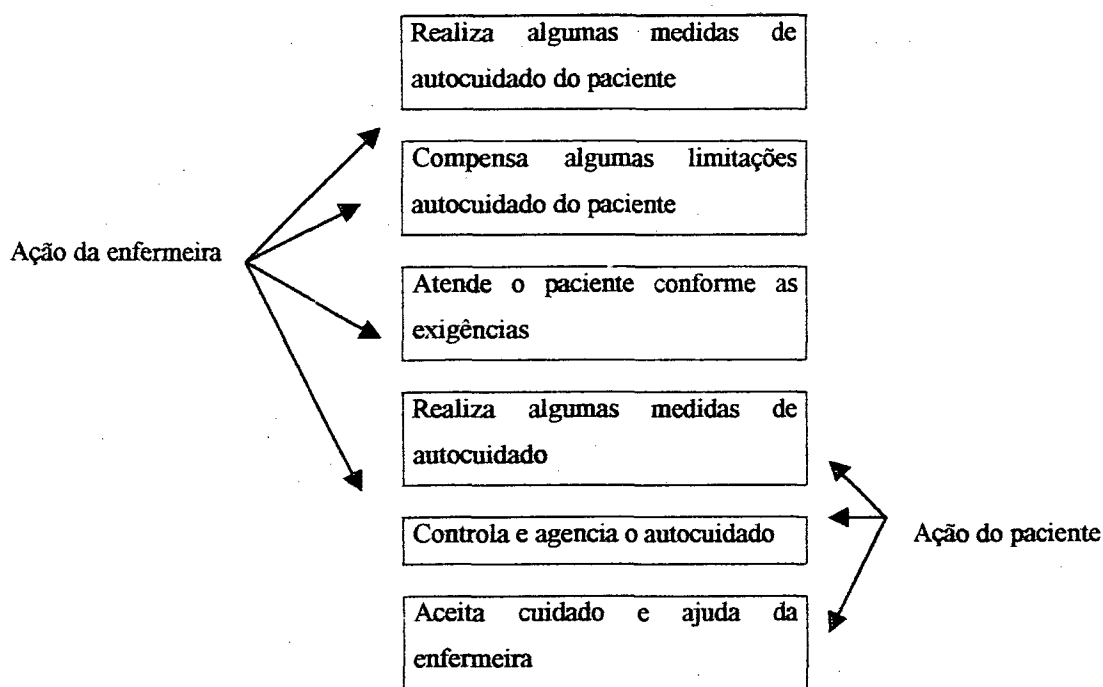
Percebemos que a ação educativa é um componente muito presente na Teoria de Orem, na qual, para a cultura onde foi concebida, a prática da cidadania já era incorporada pelo seu povo. No Sistema de Apoio-Educação, Orem desenvolve uma prática educativa para a saúde, onde a relação enfermeira-cliente é sempre horizontal, pois se dispõe a mobilizar no cliente a prática do autocuidado, a tomada de decisão para as mudanças necessárias para o autocuidado, e a busca de novos conhecimentos/aprendizagens para o enfrentamento das situações de vida e saúde.

A Teoria de Orem é, portanto, de grande importância, e apresenta ampla aceitação de aplicação em vários campos de atuação da enfermagem, e fora dela, sendo documentada sua utilização em muitos trabalhos científicos.

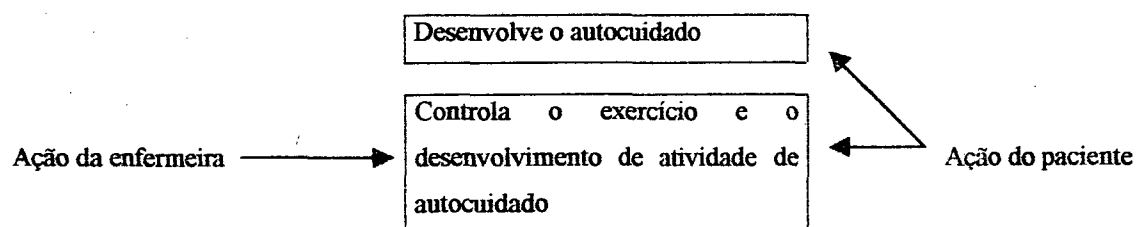
SISTEMA TOTALMENTE COMPENSATÓRIO



SISTEMA PARCIALMENTE COMPENSATÓRIO



SISTEMA DE APOIO-EDUCAÇÃO



Fonte: Traduzido do livro "Nursing Concepts of Practice" (OREM, 1991, p.288).

Figura 1 - Sistemas Básicos de Enfermagem

3.2 A CONCEPÇÃO DE EDUCAÇÃO DE FREIRE

Para o desenvolvimento deste item usamos basicamente o livro *Educação em Enfermagem* de Saupe (1998).

Paulo Reglus Neves Freire nasceu em 1921 no Recife e morreu em 1997 em São Paulo. Foi alfabetizado no quintal da sua casa, pelos pais, utilizando recursos do seu próprio ambiente. Seu aprendizado foi livre, despretensioso e com muito diálogo. Vivenciou e compreendeu a fome e a miséria em função dos problemas financeiros pelos quais passou com a família. Cursou a Faculdade de Direito no Recife, carreira que abandonou, dedicando-se ao trabalho educativo, o qual foi incentivado pela primeira esposa. Em 1946, trabalhando no SESI (Serviço Social da Indústria), iniciou seu diálogo com a classe operária e estudou as relações entre alunos, mestres e pais de alunos. Sempre ensinando, aprendendo e desenvolvendo a educação popular, foi no movimento de cultura popular do Recife que nasceu o método de alfabetização de adultos, em fins da década de 50, surgindo os chamados Círculos de Cultura. Em 1962, na cidade de Angicos, alfabetizou trezentos trabalhadores rurais em quarenta e cinco dias. Entretanto, seu trabalho foi interrompido pelo golpe militar de 1964, quando foi exilado, retornando ao país em 1979. Neste período de exílio divulgou suas idéias através de suas obras, palestras e conferências. *A Educação como prática da liberdade* e *a Pedagogia do oprimido* foram as obras que repensou ao voltar do exílio. Tinha como preocupação proporcionar às pessoas a possibilidade de desvelar a realidade e buscar melhores condições de vida, mais cidadania e criticismo apurado, voltado para o benefício comum.

Segundo Saupe; Brito e Giorgi (1998, p.249), Freire “foi um verdadeiro educador do seu tempo, foi incompreendido, exilado, reconhecido e enaltecido no mundo, e na volta ao país, reconstruiu e continuou sua obra em prol da educação, sempre buscando ultrapassar as barreiras que obstaculizam a busca do **ser mais**”.

Sua obra é proposta como uma pedagogia libertadora e problematizadora, é uma proposta inacabada e a disposição para ser utilizada, uma proposta que avança os limites da educação e está comprometida com a transformação social. Isto abre a possibilidade de sua utilização pela enfermagem.

Os conceitos de homem, diálogo, humanismo, cultura, conscientização e transformação são apresentados por Freire, e são os mais trabalhados pelos enfermeiros em seus estudos de dissertação, projetos e relatórios de pesquisa.

Freire, entende o homem como um ser inconcluso, histórico e vocacionado para *ser mais*. Ele diz que a comunicação é uma necessidade social satisfeita através do diálogo. Porém, este diálogo pode se dar de forma autoritária ou de forma dialógica. Na relação dialógica, a individualidade e as crenças são respeitadas, ocorrendo o desenvolvimento do homem. O humanismo de Freire se refere ao “compromisso com o homem concreto, no sentido de transformar qualquer situação que esteja impedindo o homem de **ser mais**” (SAUPE; BRITO e GIORGI, 1998, p.253). Entende o homem também como um ser cultural. Esta cultura é construída no dia-a-dia, no encontro das diferenças e semelhanças do homem, dentro da visão que ele tem da sua própria cultura e realidade, é pois, uma forma de compreender seu mundo e se expressar no mundo. A conscientização é uma busca, um processo individual, porém nutrido pelo coletivo, geradora de não conformismo e ação. Esta ação e reflexão geram a transformação da realidade.

As transformações acontecem de diferentes maneiras: muitas vezes elas são evidentes, rápidas e concretas. Outras vezes são abstratas, permanecem em cada consciência e o que acontece é a sensibilização dos membros do grupo para um novo olhar à realidade. Mudanças ocorrem mais ou menos perceptíveis, breves ou longas, mas acontecem e vão do compromisso e do envolvimento de cada um, que somado aos outros membros do Círculo de Cultura, irão buscar a transformação possível (SAUPE; BRITO e GIORGI, 1998, p.262).

Dentro das teorias da educação, Freire faz parte do grupo de teorias críticas, na vertente pedagógica libertadora. É uma educação progressista voltada para os interesses da classe dominada, visando sua emancipação e libertação através da transformação social. Vê a educação como ato social e político, voltada à realidade concreta, com conteúdos inacabados, na qual o homem é um ser da ação e reflexão para a transformação (um ser da práxis). A Pedagogia da Escola Libertadora de Freire, inicialmente aplicada em situação de educação não formal, é uma prática social, onde professor e aluno aprendem e extraem da realidade o conteúdo da aprendizagem, visando atingir um nível de consciência da realidade a fim de nela atuar de modo transformador. A forma de trabalho educativo, nesta prática, é o grupo de discussão. Neste o método básico é o diálogo, a autocondução da aprendizagem e autodefinição dos conteúdos e dinâmica. Sua auto-avaliação é feita em termos de compromissos assumidos com a prática social.

Dessas teorias, extraímos os pressupostos e conceitos que nortearam a presente prática de assistência de enfermagem para o autocuidado, por meio da educação participativa, junto ao idoso hospitalizado e seu familiar acompanhante.

3.3 PRESSUPOSTOS E CONCEITOS DO MARCO CONCEITUAL

3.3.1 Os Pressupostos

Com a síntese apresentada anteriormente, das construções teóricas de Orem e Freire, em meio à complexidade e magnitude das suas obras, buscamos compreensão de alguns conceitos na elaboração do marco conceitual para o presente estudo. A junção dos pensamentos de ambos os autores, concebidos em épocas semelhantes, mas em ambientes e culturas diferentes entre si, podem apresentar pertinência, contemporização e até complementaridade de suas idéias para aplicação de uma prática educativa congruente à realidade do envelhecimento em nosso meio.

Ressaltando que as construções teóricas trazem consigo pressupostos de seus criadores, e admitindo seu caráter de influência sobre este estudo, enunciaremos a partir deles os nossos pressupostos, os quais sustentam o marco conceitual elaborado. São eles:

- ❖ O ser humano é livre, capaz de pensar e agir conforme as suas próprias crenças e valores;
- ❖ O ser humano pode influenciar e ser influenciado pelo ambiente;
- ❖ O ser humano é único, inacabado, e tem potencial ativo para compreender e transformar a realidade;
- ❖ O ser humano é capaz de autocuidar-se e de cuidar de outrem quando necessário, sendo este um dever ético e moral;
- ❖ Os seres humanos estão ligados entre si por laços de humanidade e afeto;

- ❖ A família é a base para compartilhar emoções e desenvolver estratégias de enfrentamento em quaisquer circunstâncias da vida, saúde e doença; é quem assume o cuidado da pessoa idosa doente e fragilizada;
- ❖ Envelhecer é viver, viver é envelhecer;
- ❖ A pessoa idosa tem potencial para desenvolver aprendizagem e autocuidado, bem como compartilhar seu saber, sua experiência e sua história, despertando nas outras pessoas a reflexão sobre o viver envelhecendo;
- ❖ A enfermagem é ciência e arte a serviço da humanidade;
- ❖ O componente técnico e o componente humano do cuidado devem caminhar juntos, sendo permeados pelo processo educativo que requer uma relação dialógica e reflexiva;
- ❖ Toda relação deve ser permeada pelo respeito ao outro e a si mesmo;
- ❖ O ser humano escolhe seus próprios caminhos e é responsável por estas escolhas.

3.3.2 Os Conceitos

❖ **Ser Humano: Pessoa Idosa, Familiar Cuidador, Enfermeira**

Para Orem (1985, p.174),

os seres humanos diferem de outras coisas vivas por sua capacidade de refletir acerca de si mesmos e de seu ambiente, de simbolizar aquilo que vivenciam, e de usar criações simbólicas (idéias, palavras) no

pensamento, na comunicação e no direcionamento de esforços para realizar e fazer coisas que trazem benefício a si mesmos e a outros.

Foster e Bennett (2000) comentam que a Teoria de Orem define os papéis da enfermeira e do paciente, ressaltando que a profissional é educada (e não treinada) e capacitada para pensar sua atuação. É por meio do conceito de autocuidado que se promove a responsabilidade do indivíduo pelos seus cuidados de saúde e do viver diário. Principalmente no que se refere aos cuidados pós-alta hospitalar. Diz que enfermeira e cliente têm papéis complementares e trabalham em conjunto para alcançar a meta do autocuidado. Ambos podem vivenciar conflito de papéis. Estes papéis são influenciados pela cultura, ambiente, idade, sexo, composição de saúde e condição sócioeconômica.

Freire (2000, p.146) reconhece os seres humanos como “[...] fazedores da história e por ela feitos, seres da decisão, da ruptura, da opção. Seres éticos, mesmo capazes de transgredir a ética indispensável [...]”. Na visão deste autor, o homem é um ser inconcluso, que está no mundo e com o mundo, capaz de compreender e transformar a sua realidade.

Pressupõe-se, então, que o funcionamento humano integrado inclui aspectos físicos, psicológicos, interpessoais e sociais, e que os indivíduos possuem potencial para a aprendizagem e o desenvolvimento. Estes serão derivados ao ser humano idoso e seu familiar cuidador, na medida que vivenciam o processo de envelhecer e que se supõe almejar um viver autônomo, independente em seu funcionamento e nas decisões pessoais, embora de modo relacional familiar.

O **ser humano idoso** se encontra numa fase especial da vida, é um sujeito que tem singularidades, que interage, que é merecedor de respeito. Cada pessoa dentro da sua capacidade biopsicossocial de enfrentamento imprime características próprias nessa etapa

de vida, mas que não são totalmente imutáveis nem isoladas do contexto. Relacionam-se com outras pessoas, geralmente da família, podendo contribuir para melhorar a qualidade de vida e o bem-estar da própria pessoa e dos outros. O ser humano idoso, à medida que avança em sua idade, poderá se fragilizar e requerer atendimento de necessidades especiais desenvolvido por si próprio ou por outrem em seu viver diário. Esta outra pessoa pode ser o **ser humano familiar cuidador**. Sendo este um ser que se dispõe a cuidar da pessoa idosa, mas que também pode vir a ter necessidades a atender, principalmente pela adição de enfrentamento a que está exposto à tarefa do cuidar, que muitas vezes se torna árdua quando não existe o equilíbrio entre o peso das tarefas e a extensão dos cuidados.

O **ser humano enfermeira** cuida profissionalmente da pessoa idosa e seu familiar cuidador, e neste cuidar compartilha seu saber profissional interagindo com o saber popular, na busca de despertar no cliente a independência e autonomia para o autocuidado no processo de viver envelhecendo saudável. Por ser uma profissional cuidadora é também uma agente educadora que, por meio da ação educativa participativa, desperta no ser humano idoso e seu familiar cuidador o processo de ação-reflexão para uma possível transformação. A enfermeira respeita o ser humano e age quando este necessita e concorda com a ação. Possui um corpo de conhecimentos técnico e humano que emerge da sua prática e sustenta sua prática, e por interagir de modo reflexivo com a sociedade/ambiente está em constante evolução.

❖ Processo Saúde-Doença e Envelhecimento

Orem (1985, p.174) apóia-se no conceito de saúde da OMS, como “estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”. Declara que “os aspectos físicos, psicológicos, interpessoais e sociais são inseparáveis no indivíduo”.

Atualmente já não se admite mais aludir saúde como ausência de doença, principalmente quando se trata de envelhecimento humano. Há consenso na literatura geronto-geriátrica (PASCHOAL (1996); PAPALEÓ NETTO e PONTE (1996); JACOB FILHO (2000); GONÇALVES; SANTOS e SILVA (1992), entre outros) que as doenças crônicas e, mais freqüentemente as comorbidades, são condições presentes na velhice, as quais podem levar à instalação de deficiências concretas na pessoa idosa. De acordo com Rebok e Gallo (2001), envelhecimento bem sucedido, podendo também ser chamado de envelhecimento saudável, está ligado à longevidade, à capacidade funcional, e a boas condições físicas e mentais. O ser humano idoso pode se apresentar saudável, ainda que convivendo com a condição de cronicidade.

O conceito de envelhecimento saudável envolve muito mais que o não possuir doença crônica medicamente diagnosticada. Envolve condições objetivas e subjetivas de higidez demonstradas pelo idoso, incluindo sua sensação de bem-estar e satisfação com a vida e o mundo.

Segundo Cardoso e Gonçalves (1996), dentro do processo de envelhecimento, as deficiências, incapacidades e a invalidez interferem na autonomia e independência do idoso; entretanto, uma certa deficiência física e incapacidade funcional não significam perda da autonomia. Vale ressaltar que a autonomia significa a capacidade psíquica e

mental, ou o poder em tomar decisões próprias. E, algumas vezes, por falta de condições básicas de vida e/ou por desejo próprio, a pessoa idosa deixa de exercer sua autonomia.

Acreditamos que as condições de vida e saúde humana, enquanto **processo de saúde-doença**, estão relacionadas com o bem-estar, o qual é subjetivo para cada pessoa, vivenciadas de formas diferentes em cada etapa da sua vida e produto do seu viver e das relações que estabelece com o ambiente onde vive.

O processo de viver envelhecendo, ou seja, de **envelhecimento**, é um contínuo ir e vir de capacidades de enfrentamento e comportamentos que o ser humano desenvolve durante a vida. Faz-se necessário perceber e apreender a diferença entre juventude e velhice como algo aparente e concreto, que faz parte de um processo histórico de todo um viver humano.

❖ **Sociedade/Ambiente**

Orem (1985) diz que a sociedade moderna espera que os adultos sejam autoconfiantes e responsáveis por si mesmos e pelo bem-estar de seus dependentes. Geralmente os grupos sociais aceitam que pessoas necessitadas, doentes, idosas, incapacitadas ou, de outra forma, privadas de algo, sejam ajudadas a obter e recuperar responsabilidade, conforme seus limites. Onde, autoajuda e ajuda a outrem são atividades desejadas e valorizadas pela sociedade. Sendo, então, a enfermagem um serviço desejado e necessário quando o cliente, por alguma situação, quase sempre temporária, não se pode autocuidar.

O ambiente do ser humano para Freire é o ambiente cultural, no qual o homem cria e recria sua realidade, dentro da sua própria visão e miscigenado por outras culturas, pois é um ser nas relações.

Pensamos que a responsabilidade do envelhecer não é meramente individual. Transcende o individual, na medida que interage com fatores extrínsecos que contribuem para o envelhecer saudável ou não. O somatório do individual e do coletivo determina a qualidade dessa etapa da vida, e, por isso, é também responsabilidade da família, da sociedade e do Estado. Então, em nossa cultura, o **ambiente** do ser humano idoso é primordialmente a família. Esta representa um meio concreto e relacional, um espaço conhecido e compartilhado por seus integrantes.

Neste estudo, o ambiente também se refere ao meio hospitalar. No qual a pessoa idosa se encontra internada, e acompanhada por seu familiar cuidador, interagindo com a enfermeira e outras pessoas participantes do processo de compreensão e transformação da realidade para o desenvolvimento do autocuidado, com vistas à manutenção da autonomia e independência em seu viver diário.

❖ **Enfermagem: Cuidado/Autocuidado, Educação Participativa**

Segundo Foster e Bennett (2000), Orem (1985, p.15) define Enfermagem como:

serviço humano[...]um modo de auxiliar homens, mulheres e crianças e não um produto que pode ser tocado [...], uma ação voluntária [...] uma função da inteligência prática dos enfermeiros,[...]de causar condições humanamente desejadas nas pessoas e seus ambientes [...]A enfermagem difere de outros serviços humanos...pela maneira como ela focaliza os seres humanos.

Assim, nesta prática, a **enfermagem** é uma ciência e arte que presta cuidados ao ser humano idoso e seu familiar cuidador, de acordo com as necessidades e o desejo dos mesmos, de maneira integral, individualizada e voltada para um cuidado humanizado.

Cuidar do ser humano idoso e família é buscar de forma conjunta – equipe gerontológica multiprofissional, familiares e a própria pessoa idosa –, o cuidado da vida com vistas ao bem-estar, melhor qualidade de vida e ao senso de autonomia e independência; indo além da manutenção do controle das comorbidades crônicas comuns na velhice. Nesse processo de **cuidar-autocuidar**, é primordial conhecer e compreender o processo e a história de vida, perceber os problemas e as capacidades, vislumbrar alternativas para a busca de soluções e atingir cada vez mais habilidades de tomadas de decisão próprias. Por meio do processo de educação participativa, a pessoa idosa e família podem ser estimuladas a potencializar o poder de agência do autocuidado, segundo suas reais capacidades.

Orem (1985, p.84) define **autocuidado** como “a prática de atividades, iniciadas e executadas pelos indivíduos, em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar”. Concordamos que a atividade de autocuidado constitui uma habilidade humana que significa *a habilidade para engajar-se em autocuidado*, esta competência varia de acordo com o desenvolvimento individual, estado de saúde, educação, experiência de vida e influências socioculturais, entre outros. Autocuidado se refere ao cuidado dispensado pela própria pessoa, ou seja, seu empenho contínuo para a continuidade de sua própria existência; e também ao cuidado dispensado por outros para a saúde e bem-estar de membros dependentes de um grupo social, geralmente, em nossa cultura, a família. A satisfação das necessidades de autocuidado é um comportamento aprendido, sendo a aprendizagem afetada pela idade, capacidade mental, cultura, sociedade e o estado

emocional do indivíduo. Quando o indivíduo não consegue aprender medidas de autocuidado, dadas as circunstâncias específicas, outros, geralmente a família cuidadora, aprende os cuidados e provê, autocuidando-se como unidade familiar.

Lange (1997), na leitura que faz de Orem, enfatiza que o autocuidado precisa tornar-se o foco principal do pensamento e postura da enfermagem, a qual deve prover e administrar essas ações para serem aprendidas pelo ser humano, mas influenciadas por regras, valores sociais, hábitos, crenças, necessidades fisiológicas, práticas e pela interação com o ambiente.

Pensamos que ao trabalhar com o ser humano idoso e família, a enfermeira deve almejar a autonomia e a independência destes clientes e apoiar-se na prática do autocuidado, através de um processo de educação participativa. Processo esse onde a enfermeira, de modo horizontal e dialógico, participa no processo de aprendizagem e reaprendizagem com os clientes, considerando que as atividades da vida diária podem ser modificadas no processo de envelhecimento e nas circunstâncias de saúde e doença.

Gonçalves; Santos e Silva (1992, p.106) dizem que “a saúde das pessoas idosas tem estreita relação com a autonomia para a realização das principais atividades da vida diária, sejam elas de domínio físico, mental, social ou econômico”. Logo, a avaliação da autonomia, no mesmo sentido da capacidade para o autocuidado, é essencial para o planejamento da assistência de enfermagem, seja para a preservação da autonomia, prevenção da invalidez e/ou retardamento das incapacidades.

Para Freire (1999, p.68), “ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo”. Por isso propõe uma prática de educação libertadora, onde educador e educando não são meros pacientes, mas sujeitos que crescem juntos, e que são ativos neste processo. Assim, defende uma prática educativa

transformadora com ética, respeitando a dignidade e a própria autonomia do educando. Educador e educando devem estar sob o rigor da ética universal do ser humano, indispensável à convivência humana.

Nesta perspectiva, ainda segundo Freire (2000), o processo educativo não se dá por meio da transferência de conhecimentos, mas através da criação de possibilidades para sua construção, isto exige o reconhecimento e a assunção da identidade cultural, sem a exclusão dos outros e reconhecendo a identidade cultural na sua dimensão individual e de classe. Também exige consciência do inacabamento do ser, ou seja, a inconclusão do ser é próprio da experiência vital; a consciência do inacabamento torna o ser ético. Requerendo, portanto, o respeito à autonomia e dignidade de si e dos outros. Então, faz-se necessária a compreensão de que a educação é uma forma não neutra de intervenção no mundo.

A **educação participativa** é um ato de criação e amor. Implica em dar e compartilhar o saber que se pensa ter ou possuir, mas que na verdade é coletivo, transitório e requer renovação sempre. Cada vez que é compartilhado sofre transformações inevitáveis, pois traz consigo as impressões dos seus interlocutores. Na saúde, o desenvolvimento do processo educativo é um dever e um compromisso profissional.

O saber vem sendo compartilhado e somado em todas as áreas e tipos de conhecimento. O saber científico e o conhecimento profissional, cada vez mais popularizados, não são mais vistos como saberes únicos e absolutos. Na enfermagem, o profissional disponibiliza ao cliente e família o conhecimento necessário para contribuir no enfrentamento da situação saúde-doença, promoção da saúde e autocuidado. Vemos a formação de grupos de convivência e de autoajuda, a participação da família em cuidados gerais de saúde e em programas de saúde para condições específicas, entre outras ações, onde a enfermeira, outros profissionais da saúde e os clientes trocam experiências e buscam

chegar a um consenso do que é melhor em cada caso. É, pois, uma prática que requer mais do que conhecimento técnico-científico, requer postura que envolve a noção e a prática da cidadania e ética.

A educação em saúde, assim desenvolvida entre os participantes de modo dialógico, num processo contínuo de interação entre prática e teoria, pode capacitar indivíduos a avaliar e transformar a realidade. Assim, a importância desta prática em saúde, além de suas finalidades de promoção, recuperação e reabilitação, está a possibilidade de o indivíduo se tornar dono de seu próprio corpo, com vontade própria, competente para perceber e entender suas necessidades, capaz de buscar soluções para seus problemas por meio de sua própria compreensão do que afeta seu bem-estar, qualidade de vida e poder de decisão.

Para Freire (2000, p.66), “o respeito à autonomia e à dignidade de cada um é um imperativo ético e não um favor que podemos ou não conceder uns aos outros. Afirma ainda que saber que devo respeito à autonomia e à identidade do educando exige de mim uma prática em tudo coerente com este saber”. Portanto, a educação para o autocuidado, em questões de saúde-doença e envelhecimento, só pode ocorrer na interação profissional e clientes sob a égide daquele saber e prática.

O atendimento da enfermeira ao idoso hospitalizado e a sua família cuidadora pressupõe a participação ativa dos envolvidos no cuidado e no processo educativo, visando mudanças possíveis e adoção de comportamentos de enfrentamento em situações variadas, quais sejam: nas situações limites da vida, na agudez de condições crônicas, na morte e luto, entre outras. Na verdade, é um exercitar crescente de cidadania, na busca pela qualidade de vida, pois o trabalho não é feito *para*, mas *com* a pessoa idosa e a família. Pensamos que a inclusão da família no contexto do cuidado ao ser humano idoso

hospitalizado é ação que favorece maior competência familiar, com o melhor nível de saúde e vida possível e bem-estar de toda a unidade familiar.

IV METODOLOGIA DA PRÁTICA ASSISTENCIAL

“Assim, percebeis que longe de ser passiva e inerte, a velhice é sempre atarefada, fervilhante, ocupada em atividades relacionadas com o passado e os gostos de cada um. E certos velhos, em vez de se repetirem, continuam mesmo a estudar coisas novas.”
(CÍCERO, 2001)

Descrevemos a seguir a metodologia utilizada para esse estudo, o qual refere-se a uma prática assistencial de enfermagem para o autocuidado desenvolvida por meio da educação participativa, junto ao idoso hospitalizado e seu familiar acompanhante. Para isso, fundamentamos nossa prática em conceitos da Teoria de Orem e na Concepção de Educação de Freire, acreditando que através de ações libertadoras de educação para a vida e para a saúde podemos contribuir para o despertar de atitudes favoráveis ao autocuidado no viver diário de pessoas idosas e famílias em quaisquer circunstâncias de saúde-doença.

4.1 O CONTEXTO DA PRÁTICA ASSISTENCIAL

A proposta foi desenvolvida no HU/UFSC, localizado em Florianópolis/SC. Para melhor situar o estudo desenvolvido passamos a contextualizar o ambiente do Hospital, descrevendo e caracterizando a instituição, bem como apresentando as normas e

as rotinas vigentes e que dizem respeito ao serviço prestado ao idoso hospitalizado e ao seu familiar acompanhante.

Conforme o relatório de 1999 do HU/UFSC, este é o único hospital catarinense totalmente público e gratuito, que atendeu 240.000 pessoas na emergência e nos ambulatorios, sendo responsável por mais de 8500 internações naquele ano. Dispõe de 304 leitos (dos quais 46 estão desativados) distribuídos entre os serviços materno-infantil, de pediatria, de clínica médica, de clínica cirúrgica, de tratamento dialítico e de terapia intensiva. Sua função de ensino, pesquisa, extensão e assistência atende às necessidades de saúde da população local, regional e estadual, ao desenvolver o seu papel formador de profissionais da saúde nas áreas de Medicina, Enfermagem, Nutrição, Farmácia, Bioquímica, Psicologia, Engenharia Clínica, Odontologia e Serviço Social.

Administrativamente, o HU/UFSC conta com uma Diretoria Geral e Vice-Diretoria, Diretoria de Enfermagem (DE), Diretoria de Medicina, Diretoria Administrativa e Diretoria de Apoio Assistencial. Seu quadro de recursos humanos compreende um total de 258 médicos, 129 enfermeiros e outros 1376 servidores de níveis superior, médio e de apoio, além dos 53 médicos residentes e de docentes dos diversos departamentos da UFSC.

Quanto à área construída, as unidades de internação apresentam uma planta física padronizada. A estrutura física da CMM II é composta de posto de enfermagem, sala de medicação, sala de curativo, banheiro de funcionários, sala da chefia de enfermagem, copa, sala de aula, expurgo, rouparia e sala de equipamentos. Os quartos são coletivos com dois e quatro leitos e banheiro. Possui ainda um quarto para isolamento com banheiro e ante-sala. Perfazendo um total de 29 leitos por setor. A unidade do paciente é composta de leito, mesinha de cabeceira e mesa auxiliar para refeição. Cada quarto tem também uma poltrona reclinável com banquetas. Em função do pequeno espaço nos quartos, não é

possível a colocação de leito extra ou qualquer outra mobília. Quando mais de um paciente requer acompanhante, o espaço físico fica muito reduzido, dificultando algumas vezes o acesso da equipe de saúde, pois diminui a área de circulação. Preocupa-nos, neste caso, a possibilidade de intercorrências graves que requerem ação rápida e imediata da equipe.

A DE, ligada diretamente à Direção Geral, gerencia a equipe de enfermagem que é composta pelo enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem, auxiliar de saúde e agente administrativo, perfazendo um total de 752 funcionários. Na CMM II, local onde trabalho, somos 8 enfermeiras, 20 técnicos e auxiliares de enfermagem, 4 auxiliares de saúde e 1 auxiliar administrativo. A carga horária de trabalho varia entre 30 e 36 horas semanais. Nossa equipe organiza o trabalho diário de cada componente baseada no cuidado integral ao paciente.

Organizada de forma sistemática a DE possui filosofia, objetivos, método de assistência de enfermagem e padrões de enfermagem definidos para pacientes internados. A metodologia utilizada baseia-se no Sistema Weed (prontuário orientado para o problema) e na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta. Dentro deste cenário, muitos são os questionamentos e algumas mudanças ocorreram ao longo dos anos de funcionamento do HU, porém a enfermagem permanece seguindo a mesma filosofia e metodologia construída pelo grupo de enfermeiras coordenadas pela Prof^a. Lidvina Horr, há vinte anos atrás. Continua, pois, a crença de que o ser humano tem direito à vida, à liberdade, à segurança e à igualdade. E que a enfermagem é arte e ciência, devendo ser exercida em equipe.

Encontra-se previsto nos Padrões de Assistência de Enfermagem Relacionados com as Necessidades Psicossociais (Anexo A) o cuidado com a família, bem como, a sua participação na hospitalização. Nos itens 187, 189 e 192 destes padrões, já era prevista a presença do acompanhante de acordo com a necessidade do paciente hospitalizado, sua

participação nos cuidados, bem como suas atribuições junto ao paciente e ao setor. Quanto ao horário de visitas, as normas vigentes no Hospital estabelecem o período das 14:30 às 17 horas, diariamente, duas pessoas por vez, sendo permitida a entrada de crianças menores de 12 anos somente aos domingos. A fim de normatizar o fluxo de visitantes no hospital, existe um impresso com orientações de internação (Anexo B), e outro com autorização e orientações para acompanhantes (Anexo C), os quais são entregues pela enfermagem aos pacientes internados e familiares.

Em 1991, quando ingressei no HU como enfermeira assistencial, as normas e rotinas desta instituição pareciam rígidas e inquebráveis. Os familiares/visitantes raramente entravam fora do horário de visitas estipulado pela instituição. Exceto na Internação Pediátrica onde toda criança já tinha direito ao acompanhante hospitalar. Atualmente, na prática, os horários de visita estão mais maleáveis e a presença do acompanhante vem se tornando uma constante nas unidades de internação. Gradativamente, a família vem se envolvendo com o cuidado e participando ativamente no processo de cuidado, tratamento e recuperação do seu parente/amigo hospitalizado.

Considerando a especificidade do atendimento à velhice, o programa de acompanhante hospitalar dirigido ao idoso internado na CMM II, foi implantado pela enfermagem a partir de 1993. Ele vem sendo desenvolvido, buscando se adaptar a uma realidade de serviço de saúde para contemplar as necessidades específicas do idoso hospitalizado. Tem o objetivo de amenizar a hospitalização da pessoa idosa e facilitar a capacitação do familiar para a continuidade dos cuidados pós-alta hospitalar, considerando, assim, o acompanhante um parceiro da enfermagem. Desta forma, a presença do acompanhante envolve a equipe de enfermagem e outros profissionais da saúde, o familiar cuidador e a própria pessoa idosa no seu processo de cuidado, tratamento e recuperação.

O processo de implantação deste programa se deu quando o grupo de enfermeiras da CMM II previu no planejamento anual do setor a visita multiprofissional ao cliente hospitalizado, as orientações gerais para acompanhante hospitalar e a educação e treinamento da equipe de enfermagem para incorporar o acompanhante. Desta forma, foi adotada, em 1993, a prática da inclusão do familiar acompanhante no ambiente hospitalar, junto ao idoso internado naquela Unidade do HU.

Aproveitou-se a legislação que dava direito ao acompanhante hospitalar com diária paga pelo SUS, quando devidamente justificada pelo médico responsável, aos pacientes menores de 18 anos de idade, àqueles com dependência física e/ou mental, com doença grave e risco iminente de morte, os emocionalmente instáveis e/ou com risco de suicídio, para incluir o idoso hospitalizado, entendendo que o mesmo fazia parte desta categoria especial aqui descrita.

Assim as enfermeiras, responsáveis da Unidade, avaliam os pacientes e emitem autorização para a permanência do acompanhante. Além disso, atuam no sentido de conscientizar cada membro da equipe de enfermagem quanto a importância do acompanhante para o idoso hospitalizado. Durante a passagem de plantão da equipe de enfermagem da Unidade, da qual faço parte, discutimos os aspectos positivos e as soluções para as dificuldades encontradas. As orientações, supervisão e atuação da enfermeira junto à equipe e ao acompanhante nos cuidados ao idoso hospitalizado vêm proporcionando, de modo informal, a assimilação da necessidade do mesmo e a visão dos benefícios da sua presença durante a internação.

Uma das dificuldades encontradas pela equipe de enfermagem tem sido o maior tempo dispensado na prestação de cuidados ao paciente, pois o respeito às crenças, costumes e valores da família bem como o trabalho educativo em saúde necessário para o

preparo do cuidador interferem, de algum modo, na agilidade e dinâmica das atividades desenvolvidas na Unidade. Tem havido um esforço em vislumbrar este gasto de tempo como um investimento para a participação efetiva dos acompanhantes e pacientes aos cuidados pós-alta.

As temáticas discutidas de modo informal sob a forma de conversas, informações e troca de idéias entre as enfermeiras, familiares e a própria pessoa idosa têm delineado a atribuição do familiar cuidador no ambiente hospitalar e pós-alta. Em síntese, são dadas as seguintes orientações ao familiar cuidador:

- como ajudar a pessoa idosa na locomoção e atividades físicas apoiadas como andar, tomar sol, movimentar articulações;
- como ajudar na transferência da cama para a mesa/cadeira e voltar;
- como ajudar no cuidado de higiene corporal;
- como ajudar e estimular a alimentação;
- como promover o lazer e a recreação;
- como promover a comunicação e a socialização;
- como estimular a memória e o intelecto, de modo geral;
- como estimular, manter ou adaptar o desenvolvimento de atividades físicas, segundo as possibilidades/capacidades;
- discussão de como acomodar as dependências domiciliares, diminuindo os riscos de acidente;
- como assegurar ambiente para repouso e sono reparador;
- como prestar alguns cuidados elementares à pessoa idosa em tratamento no domicílio, sob a orientação profissional, como troca de curativo simples, manejo de sonda vesical, alimentação por sonda;

- como negociar o rodízio de cuidados ou divisão de tarefas entre os membros familiares para a manutenção da harmonia no lar e prevenção de estresses e conflitos;
- como manter-se fortalecido pela prática da revisão do processo saúde-doença, de vida e comportamentos de enfrentamento;
- de pedir ajuda sempre que necessário e buscar fontes de apoio social na comunidade;
- de evitar e denunciar negligência, abandono e abuso contra idosos fragilizados e dependentes;
- de reivindicar direitos dos poderes públicos ao que é devido aos cidadãos, sem discriminações.

Entendemos que o objetivo do programa de acompanhante hospitalar dirigido à pessoa idosa vem sendo alcançado por meio das ações educativas para a saúde, as quais são construídas em conjunto: equipe de enfermagem, família e paciente idoso, durante a hospitalização. Cada vez mais a família está presente na internação, havendo, de modo geral, a colaboração da equipe de saúde e da instituição. Portanto, tem-se a compreensão do familiar cuidador como cliente e parceiro da enfermagem, requerendo a educação em saúde necessária no desenvolvimento de habilidades para o cuidado e o autocuidado, e estratégias de enfrentamento do estresse que envolvem o ato de cuidar de outrem e preparar-se para os cuidados no domicílio após a alta hospitalar da pessoa idosa. Percebemos que neste processo de capacitação e integração, o ser humano idoso participa ativamente nos seus cuidados e tratamento e aceita melhor sua internação, e o familiar cuidador se sente mais seguro durante a hospitalização do seu ente querido e preparado para a alta hospitalar.

Esta é uma experiência anterior à Portaria Ministerial n.º 280 de 07/04/99- MS (Anexo D), que torna obrigatório nos hospitais públicos, contratados ou conveniados com o SUS, a viabilização de meios que permitam a presença do acompanhante de pacientes maiores de 60 anos de idade, quando internados. Estabelece ainda que o hospital receberá do SUS diária de acompanhante quando devidamente formalizada pela Autorização de Internação Hospitalar (AIH). Esta Portaria veio reforçar e disseminar a prática do acompanhamento hospitalar pelo familiar. Nossa experiência, portanto, só veio a ter o respaldo legal, e o referendo de uma experiência anterior positiva, quando da aprovação desta Portaria, em 1999.

A situação do HU, em termos de acolher o acompanhante hospitalar, é complexa. Por um lado existe uma portaria ministerial que autoriza o acompanhante hospitalar da pessoa idosa, e institucionaliza esta prática benéfica, por outro lado, o pagamento da diária é ínfimo, não cobrindo os custos com condições para pernoite, higienização e alimentação do acompanhante, conforme previsto nesta portaria. Infelizmente os setores de internação não dispõem de área física com leito e banheiro para atender a estas necessidades. Inclusive a refeição prevista é inviável a todos os acompanhantes, isto em função da área física do refeitório e dos recursos humanos e materiais. Por isso, o Serviço Social do Hospital, conforme orientação da Direção Geral, seleciona os casos com necessidade extrema para receber refeições. Dadas as dificuldades do HU, estabeleceu-se então os critérios de carência econômica da família e também para procedentes de fora da Grande Florianópolis. Demais casos são orientados o revezamento familiar no horário da alimentação ou noturno, entre os familiares. Para a acomodação do acompanhante durante a noite, dispomos de uma poltrona reclinável com banquetas,

fornecemos roupas de cama e toalhas, travesseiro e cobertor. A higienização pessoal é feita no banheiro do próprio paciente.

4.2 POPULAÇÃO ALVO

O estudo foi desenvolvido junto aos pacientes idosos masculinos internados na CMM II-HU/UFSC, em tratamento de condições crônicas de saúde, e junto aos seus familiares acompanhantes.

4.3 O PROCESSO DE ENFERMAGEM

Nesta prática, essencialmente educativa, o processo de enfermagem foi composto por quatro fases, quais sejam: a coleta inicial de dados para o histórico do paciente idoso e do familiar acompanhante; o diagnóstico; a ação educativa; e a avaliação.

O histórico foi realizado individualmente, considerando a necessidade de identificação da realidade de cada um dos idosos e respectivos familiares acompanhantes, acerca do cuidado para o envelhecimento saudável no contexto familiar.

O diagnóstico, a ação educativa grupal e a avaliação foram desenvolvidos concomitantemente e de modo coletivo, ou seja, em cada encontro grupal com reflexões acerca da realidade, diálogo e troca de conhecimentos, discussões despertadoras de consciência, evoluindo para a emergência de novas formas de relação com as experiências vividas.

O processo desenvolveu-se de forma horizontal, ou seja, com a participação ativa dos envolvidos, os pacientes idosos e seus familiares acompanhantes, juntamente com a enfermeira pesquisadora e sua coadjuvante, uma estudante de enfermagem e bolsista de pesquisa, considerando-os agentes do autocuidado.

4.3.1 O Histórico

O histórico do paciente idoso e o familiar acompanhante foi montado segundo o referencial teórico adotado, valendo-se de três instrumentos adaptados, quais sejam: o Instrumento Modificado de Avaliação Geronto-geriátrica do NIPEG/HU/UFSC- Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa e Assistência Geronto-geriátrica, incluindo o questionário de competências para o autocuidado modificado para o idoso, segundo Nunes (1982) (Anexo E) e o Modelo Geronte de Avaliação da Autonomia nas Atividades da Vida Diária do Idoso (Anexo F). Os instrumentos foram adaptados contemplando aspectos do paciente idoso quanto à sua identificação, questões gerontológicas, seu histórico clínico, sua competência para o autocuidado, e a aplicação do modelo Geronte de avaliação da autonomia nas atividades da vida diária. Incluímos também questões de identificação e funções do cuidador e de autocuidado do familiar acompanhante.

Os dados levantados para o histórico serviram para diagnosticar as condições dos participantes no que tange às exigências de autocuidado, dados estes necessários para subsidiar os trabalhos de grupo de ação educativa participativa.

Testamos os instrumentos do histórico junto a três pacientes idosos e seus familiares acompanhantes, objetivando previamente detectar possíveis dificuldades na aplicação dos mesmos e a necessidade de revisão.

4.3.2 O Diagnóstico

A determinação do diagnóstico, segunda fase do processo de enfermagem, foi possível graças aos dados levantados para o histórico. Determinamos em conjunto – enfermeira, paciente idoso e familiar acompanhante – aquilo que representou, a partir do olhar dos participantes, as principais exigências de autocuidado.

Como a ação de enfermagem, neste estudo, baseia-se no Sistema de Apoio-Educação de Orem (1985), ela consiste em apoiar os clientes no aprendizado necessário para a tomada de decisões, controle de comportamento e aquisição de conhecimentos e habilidades para o autocuidado. Optamos entre as exigências de autocuidado aquelas que requeriam suporte em ação educativa. Segundo Freire (2000), o processo educativo não se dá por meio da transferência de conhecimentos, mas através da criação de possibilidades para sua construção, por isso associamos ao Sistema de Apoio-Educação de Orem (1985) uma prática de educação libertadora, na qual os participantes optam e decidem por ser agentes ativos do autocuidado.

Também foi diagnosticado pela enfermeira o grau de autonomia para as atividades da vida diária, como uma forma de sistematizar a avaliação do nível de dependência dos pacientes idosos, o que permitiria identificar a necessidade de maior ou menor participação da família no grupo de ação educativa, visando a encontrar uma

interdependência entre os membros da família para o cuidado do idoso após a alta hospitalar.

Cabe ressaltar que a fase de determinação do diagnóstico não foi uma ação unilateral da enfermeira, pois partiu dos dados fornecidos pelos clientes e foi validado também por eles no momento da ação educativa grupal, quando participantes decidiram pela discussão do tema ou não, conforme seus próprios interesses e necessidades.

A partir da análise das informações contidas no histórico diagnosticamos as exigências de apoio educativo para o autocuidado nos requisitos universais, desenvolvimentistas e de desvio da saúde, os quais resultaram em conteúdos geradores da programação da ação educativa grupal.

4.3.3 A Ação Educativa Grupal

A ação educativa grupal se realizou em reuniões consecutivas diárias e cuja discussão dos temas geradores dessa ação se dava a partir dos diagnósticos estabelecidos.

O grupo de ação educativa participativa foi inicialmente planejado para ser formado quando houvesse na Unidade o mínimo de quatro idosos e respectivos familiares, com perspectivas de permanecerem internados durante um mesmo período que se prolongasse por cinco dias contínuos, considerando o tempo médio de permanência hospitalar do idoso ser de 6,8 dias de internação (BRASIL, 1999). Entretanto, tal idealização não se efetivou na prática. Vejamos porque.

Os pacientes idosos e seus familiares acompanhantes que participaram da aplicação do histórico e concordaram, num primeiro momento, em participar do grupo, no

início desta etapa apresentaram intercorrências diversas que impossibilitaram a formação de um grupo completo que iniciasse e concluísse sem dissidências. As dificuldades observadas, principalmente relacionadas ao idoso internado, diziam respeito à alta hospitalar imprevista, o aparecimento inesperado de crise depressiva, crise hipertensiva, episódios agudos de dor, tratamento quimioterápico endovenoso, entre outros eventos que confinavam o paciente no leito.

Por isso, houve um redirecionamento da proposta, no que concerne a formação de grupo. Passamos a formar o grupo de pacientes idosos e familiares acompanhantes de maneira espontânea, segundo a disponibilidade dos participantes que se apresentavam a cada dia, na Unidade. Definimos, então, estabelecer um período fixo contínuo de cinco dias consecutivos, para a realização de uma programação de ação educativa participativa.

Assim, realizamos duas programações. Na primeira, contamos com a participação de sete pacientes idosos e seis acompanhantes; e na segunda participaram cinco pacientes idosos e três acompanhantes. Perfazendo um total de 12 pacientes idosos e 9 familiares acompanhantes participantes do estudo. Dadas essas características, passamos a chamar o grupo de “Aqui e Agora”.

A dinâmica grupal para a ação educativa participativa, baseada na Concepção de Educação de Freire, foi desenvolvida em reuniões de discussão, nas quais os participantes eram agentes ativos do processo de aprendizagem, relacionando-se horizontal e dialogicamente, autoconduzindo-se. Os conteúdos geradores da ação educativa participativa emergiram dos participantes do grupo e foram por eles definidos como temas de discussão.

Os momentos grupais para a ação educativa participativa seguiram etapas dinâmicas de discussão, aqui delimitadas didaticamente, porém simultâneas na prática.

Quais sejam:

- a) compartilhar percepções e saberes sobre a realidade em discussão: cada participante externa ao grupo o seu modo de ver e sentir a realidade ou situação em discussão. O grupo compartilha as percepções e saberes que tem acerca da realidade ou situações semelhantes que vivenciam, trazendo “não só o conforto terapêutico como também o contato com soluções alternativas [...]” (SAUPE; BRITO e GIORGI, 1998, p.259).
- b) questionar a situação exposta: é a problematização da realidade ou situação em discussão. É desvelar a realidade vivida por meio do questionamento das verdades e certezas existentes.
- c) vislumbrar possibilidades de acesso a novos conhecimentos e recursos: representam a contribuição de cada participante para o avanço no conhecimento necessário para a transformação da realidade ou situação em discussão.
- d) sintetizar novas tomadas de consciência: a realidade ou situação compartilhada e discutida no grupo é vista de outra forma, com novas possibilidades para ação e transformação.

4.3.4 A Avaliação

A avaliação, aqui didaticamente descrita como a quarta fase do processo de enfermagem, permeou toda a prática assistencial e ocorreu coletivamente no espaço grupal à luz do marco conceitual guia desse estudo fundamentado em conceitos da Teoria de Orem e na Concepção de Educação de Freire.

A cada encontro da ação educativa participativa, o grupo manifestava uma apreciação quanto aos objetivos e fins a que se propunham, assim como forneciam sugestões para programas futuros que emergiram de suas elaborações (pensares) face à experiência grupal vivenciada.

Não tivemos a pretensão de avaliar definindo mudanças de atitudes e comportamentos. Mas, nesta prática, o compromisso foi com a transformação social possível dentro das possibilidades e da vontade de cada ser participante. Esta mudança é possível a partir da percepção e discussão da realidade, do encontro de novas possibilidades e da tomada de consciência que se dá individual e coletivamente no espaço grupal.

4.4 PROCEDIMENTOS ÉTICOS E DE PROTEÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS

A proposta foi formalizada através de solicitação de autorização para realizar este estudo junto à Diretoria de Enfermagem do HU/UFSC (Anexo G), o qual foi encaminhado e submetido à apreciação da Comissão de Ética de Enfermagem da Instituição, sendo liberado para desenvolvimento (Anexo H). A Unidade na qual a prática

foi desenvolvida, foi também consultada e informada quanto aos objetivos e desenvolvimento do projeto, da qual recebemos total apoio.

Com relação aos participantes desta prática, estes foram convidados a integrar a proposta e receberam todas as informações conforme determina a Resolução n.º 196 do Conselho Nacional de Saúde, que diz respeito às pesquisas com seres humanos. Após o que, foi solicitado a cada participante assinatura do termo de consentimento livre esclarecido (Anexo I), onde lhes foram assegurados o sigilo e o anonimato de suas manifestações ao longo do estudo, bem como a liberdade de recusa em participação ou retirada do consentimento em qualquer fase da prática, sem penalização alguma e sem prejuízo na assistência que vinha sendo prestada pela Instituição.

Aos grupos de ação educativa participativa foram explicitados os aspectos éticos e os objetivos da proposta. A cada novo participante da programação estes aspectos eram esclarecidos novamente. De acordo com Castilho (1998), o contrato do grupo cria um grau de compromisso e co-responsabilidade entre os participantes, sendo conveniente relembrar e refletir sempre que necessário, a conduta ética em participação grupal.

As manifestações e discussões, assim como as direções tomadas pelos grupos foram gravadas e/ou fotografadas, com o consentimento dos participantes.

4.5 PROCEDIMENTOS DE REGISTROS DOS DADOS

A obtenção dos dados deste estudo foi proveniente da aplicação e registro do processo de enfermagem em todas as suas fases. As técnicas utilizadas foram a entrevista com pacientes idosos e familiares, a observação e a consulta ao prontuário do paciente.

Todos os encontros da ação educativa participativa foram gravados e fotografados, bem como as avaliações realizadas a cada sessão e as observações captadas pela enfermeira pesquisadora e a observadora foram registradas em diário após o término dos mesmos.

V DESCRREVENDO OS “GRUPOS AQUI E AGORA”

“A vida segue um curso muito preciso e a natureza dota cada idade de qualidades próprias. Por isso a fraqueza das crianças, o ímpeto dos jovens, a seriedade dos adultos, a maturidade da velhice são coisas naturais que devemos apreciar cada uma em seu tempo.”

(CÍCERO, 2001)

Passamos agora a descrever a prática assistencial desenvolvida sob a forma de ação educativa participativa, ressaltando a importância da metodologia aplicada.

A implementação da proposta se deu no período de 07 de maio a 09 de junho de 2001, junto aos pacientes idosos masculinos internados na CMM II/HU/UFSC, em tratamento de condições crônicas de saúde, e aos seus familiares acompanhantes.

Foram desenvolvidas duas programações de ação educativa participativa, cada qual com cinco encontros grupais, os quais foram denominados de *Grupo Aqui e Agora*. Na primeira programação, desenvolvida no período de 21 a 25 de maio de 2001, participaram sete pacientes idosos e seis acompanhantes; e na segunda, desenvolvida no período de 04 a 08 de junho de 2001, participaram cinco pacientes idosos e três acompanhantes. Perfazendo um total de 12 pacientes idosos e 9 familiares acompanhantes participantes, e tendo como facilitadora a enfermeira pesquisadora e como coadjuvante e membro observador uma bolsista de pesquisa, estudante de enfermagem.

5.1 O LOCAL DA AÇÃO EDUCATIVA

O desenvolvimento da ação educativa se deu na própria Unidade, sem interferir na assistência prestada pela Instituição ao idoso internado e seu familiar acompanhante. O ambiente no qual ocorreram os encontros grupais, a sala de aula da Unidade, foi devidamente preparado pensando na privacidade e conforto dos participantes. Segundo Castilho (1998), o espaço e as dimensões físicas, assim como os elementos do ambiente no qual o grupo se reúne e se manifesta são usados ativamente pelos participantes. Inclusive, podendo interferir na dinâmica grupal; por isso, observamos para que o tamanho da sala fosse compatível com o grupo, com ventilação e iluminação adequadas, e isolamento acústico para que não houvesse interferências externas e para que os participantes tivessem certeza de privacidade.

As cadeiras foram dispostas em forma de círculo, de modo a favorecer o contato visual de todos os participantes. Ainda segundo Castilho (1998), a disposição circular do grupo delimita perfeitamente uma área, simbolizando o que está dentro e o que está fora, permitindo, inclusive, a demonstração de reações e sentimentos. A fim de harmonizar o ambiente, considerando que era uma sala de aula, utilizamos toalhas e vaso com flores sobre a mesa, na qual havia também a máquina fotográfica e o aparelho gravador. Sendo que estes foram utilizados com a devida permissão dos participantes.

5.2 CONHECENDO OS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os dados coletados para o histórico do paciente idoso e seu familiar acompanhante (Anexos E e F) contemplaram aspectos do idoso quanto a sua identificação, questões gerontológicas, seu histórico clínico, sua competência para o autocuidado e sua autonomia nas atividades da vida diária. Incluindo, a identificação e outros aspectos do familiar acompanhante.

Participaram do estudo doze pacientes, cujas idades variaram entre 45 e 73 anos. Quanto ao estado civil, todos eram casados (apenas um divorciado), todos possuíam casa própria e moravam com a família (esposa, filhos e alguns cuidavam dos netos), e metade deles era aposentada. Confirmando a literatura revisada, todos contavam com a ajuda da esposa, quando necessário, como cuidadora principal em casa e durante a hospitalização. Com relação à participação em alguma associação ou atividades para a terceira idade, oito deles não tinham qualquer tipo de atividade, um frequentava salão de dança e os demais participavam de atividade religiosa nas suas respectivas igrejas. Quanto aos motivos da internação predominaram as doenças cardiovasculares (hipertensão, insuficiência coronariana, infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca congestiva, angina instável, arritmias) e seis dos pacientes apresentaram três ou mais comorbidades. Outros diagnósticos apresentados foram: doença pulmonar obstrutiva crônica, obesidade, diabetes mellitus, leucemia, acidente vascular cerebral, problemas gástricos e sepses por abscesso dentário. Nove dos pacientes faziam acompanhamento médico ambulatorial para controle das doenças. Com relação ao número de internações, cinco pacientes estavam internados pela terceira vez, dois deles estavam na quarta internação e três deles já tiveram seis, sete e dez internações anteriores. Apenas dois pacientes estavam internados pela

primeira vez. Na aplicação do Modelo Geronte de autonomia nas atividades da vida diária todos apresentaram grau de independência física, exceto aqueles pacientes portadores de acidente vascular cerebral e doença cardíaca que eram portadores de algumas limitações no que tange às atividades locomotoras que requerem maior esforço físico. No que diz respeito aos hábitos e vícios, sete pacientes eram tabagistas e/ou elitista e cinco deixaram de fumar há alguns anos. No item que se refere à motivação para o autocuidado, todos responderam que gostam de si mesmos e têm vontade de fazer as coisas necessárias para envelhecer com saúde e se manter ativos. A maioria se interessa em aprender sobre o envelhecimento e aceita o seu envelhecimento nas condições em que se encontra. Entretanto quando perguntados, que idade gostariam de ter atualmente, sete deles responderam que gostariam de ter entre 20 e 25 anos de idade, e cinco responderam que estavam satisfeitos com a idade que apresentavam. Dos entrevistados, cinco responderam que se consideram um peso na família, a metade respondeu que não se importa em pedir ajuda quando necessita, e todos se sentem capazes de ajudar outras pessoas.

A idade entre os nove familiares participantes variou entre 18 e 63 anos. Predominou a presença das esposas e filhas, sendo que apenas dois filhos participaram da ação educativa. Durante a internação, as esposas auxiliavam seus maridos na higiene e faziam companhia, bem como buscavam informações com o médico e equipe de saúde quanto ao diagnóstico, exames, tratamento e cuidados. No domicílio, relataram que atuam basicamente nos afazeres da casa e rotina diária. Algumas entrevistadas apresentaram sinais e queixas de cansaço em relação à rotina hospitalar à qual estavam submetidas, e também ao estresse de ver o marido doente, além da preocupação com os deveres no domicílio.

5.3 “GRUPO AQUI E AGORA”, POR QUÊ ?

Ao iniciarmos a primeira programação de ação educativa nos deparamos com as particularidades do contexto do Hospital e com a realidade da hospitalização, descritos no capítulo anterior, que se evidenciou frente ao desenho da proposta.

Dos pacientes idosos e familiares acompanhantes que participaram do histórico, apenas um deles tinha condição e desejo de participar da programação da ação educativa naquele dia. Decidimos, então, aproveitar esse encontro para, além de prestar cuidado ao cliente e família, testar a metodologia prevista para o grupo de ação educativa participativa. Participaram deste encontro o paciente idoso, sua esposa e sua filha, a enfermeira pesquisadora e a coadjuvante observadora. Iniciamos expondo a natureza, os objetivos e a dinâmica do encontro, fizemos uma apresentação na qual cada participante se colocou de forma livre e espontânea. O próprio paciente idoso definiu o tema do encontro, que foi sobre a dieta hipossódica e pobre em gorduras saturadas orientada pela nutricionista. Segundo ele, seria difícil seguir a orientação, pois implicava em mudança de hábitos alimentares. Ele gostava de comidas salgadas, bem temperadas e usava muito óleo. A família também concordou com o tema, pois a questão da dieta interferia diretamente nos seus costumes e na rotina doméstica. Ficou claro a sequência proposta para discussão, ou seja, compartilhamos as percepções e saberes sobre a realidade em discussão, questionamos a situação exposta, vislumbramos possibilidades de acesso a novos conhecimentos e recursos, e avaliamos sintetizando novas tomadas de consciência. O paciente idoso, espontaneamente, reconheceu a necessidade de mudança de comportamento e explicitou sua vontade de tomar uma atitude transformadora frente ao hábito alimentar, dizendo que *...cada um deve ter o capricho de se cuidar...* A esposa disse que *...sozinho é difícil*

conseguir as coisas... e a filha se comprometeu a auxiliar conversando com os irmãos e ajudando na mudança da dieta. O encontro durou em torno de 60 minutos. Encerramos com um momento de avaliação, despedidas e agradecimentos.

Esta experiência foi importante para evidenciar que a realidade, que é dinâmica, fugiu da estrutura desenhada no projeto. Mas, esta realidade também é passível de mudanças, podendo ser trabalhada de modo a atender às necessidades do cliente. Decidimos, então, realizar novos históricos para iniciar uma nova programação.

Observamos que a rotatividade das internações dificulta a formação de um grupo fixo durante cinco dias consecutivos, conforme havíamos planejado. Assim, alguns pacientes idosos tinham alta hospitalar antes de completar os cinco encontros da ação educativa grupal; enquanto outros realizavam exames complementares no horário dos encontros, dificultando ou impedindo a participação. Percebemos, também, que a presença do acompanhante hospitalar estava mais relacionada com a pessoa idosa fisicamente dependente para o autocuidado (acamados, imobilizados no leito, estado grave de saúde, com nível de consciência comprometido etc.). Também, tivemos alguma dificuldade em encontrar pacientes idosos com acompanhantes, que aceitassem participar dos encontros de ação educativa grupal.

Considerando estas peculiaridades próprias do cotidiano hospitalar observadas, houve uma remodelação da proposta. Passamos a incluir nos grupos todos os disponíveis a participar. Assim, participaram dos grupos, inclusive, aqueles pacientes idosos que não tinham acompanhante hospitalar nas 24h, mas que recebiam visita diária da família, principalmente esposas e filhos. Como também apenas os familiares de pacientes idosos acamados e portanto impossibilitados de participar dos encontros. Ressaltamos, ainda, a

atitude do idoso internado em proteger e poupar a família ao optar por permanecer sem acompanhante familiar quando ainda independente fisicamente para o autocuidado.

De modo geral, notamos que os pacientes idosos e acompanhantes requerem mais estímulo para integrar ao grupo, entretanto, uma vez no grupo, tornam-se bem entrosados e participativos. Vale acrescentar que, na primeira programação, tivemos a participação espontânea de dois pacientes na faixa etária dos 40 anos de idade, cuja contribuição foi de grande valia, considerando a importância do contato intergeracional.

A programação de ação educativa participativa, portanto, não se caracterizou como um grupo fechado, ou seja, com componentes fixos. Mas sim, configurou-se num grupo que denominamos *Grupo Aqui e Agora*. Pois a participação dos pacientes idosos e seus familiares seguiu a liberdade em participar face ao estado de ânimo dos participantes em cada dia dos cinco encontros consecutivos da programação da ação educativa participativa em um período definido.

O *Grupo Aqui e Agora* foi assim denominado por nós em função do modo como se formou e da dinâmica como se desenvolveu. Portanto, no grupo, considerou-se primeiramente o momento e a problemática atual vivenciados pelos pacientes idosos e seus familiares, desenvolvendo-se um tema de cada vez por encontro. Por isso, também, cada encontro teve início, meio e fim, devido à impossibilidade de garantir a sua continuidade num outro dia, face às peculiaridades descritas anteriormente. A relação grupal aconteceu centrada na problemática atual e em acordo com os participantes que se autoconduziram. É, pois, um modelo de trabalho de grupo no qual cada encontro é único e singular em qualidade e está relacionado com a dinâmica do contexto hospitalar, e com o estado de ânimo/evolução da situação saúde-doença dos participantes. Consideramos o momento da hospitalização propício e viável para o desenvolvimento deste tipo de ação educativa

grupal, cujo apoio educativo em comportamentos de saúde é compartilhado entre os participantes – enfermeira, paciente idoso e familiar – de modo que a pessoa idosa e a família, por meio de novas tomadas de consciência, tenham a possibilidade de melhor desempenhar suas capacidades de autocuidado após alta hospitalar. Acreditamos que o compromisso e a responsabilidade da enfermeira não se encerram com a alta hospitalar, pois o melhor nível de saúde possível da pessoa idosa e família no contexto domiciliar pode refletir a qualidade de educação em saúde proporcionada durante a hospitalização.

Quanto ao horário dos encontros do grupo, notamos que os participantes se preocupavam em não comprometer os procedimentos, exames, medicação, visita médica e outras atividades próprias da internação hospitalar em detrimento desses encontros. Também ficou claro a importância do horário de visitas. De modo geral, os pacientes aguardavam ansiosamente a visita, pois era o momento de rever a família e amigos, saber as notícias, resolver problemas de ordem familiar, financeira, entre outros. Por isso, acordamos que o horário mais adequado para os encontros da ação educativa seria entre as 15 e 16 horas, diariamente.

Cada grupo formado para a ação educativa participativa, durou em média 60 minutos, entretanto, houve variações de acordo com os objetivos do grupo, o tema em discussão e o tamanho do grupo. Da parte da coordenação do grupo, foi importante estarmos atentas aos sinais de cansaço, à socialização da fala, e à manutenção do tema e dos objetivos propostos pelo grupo.

A avaliação feita pelos participantes foi muito positiva, sugeriram a continuidade desta atividade. Relataram que é uma oportunidade para trocar idéias, aprender coisas e também desabafar. Falaram que o momento de hospitalização é muito

difícil, alguns relataram sentimento de solidão e temor quanto ao futuro, sendo o grupo uma oportunidade para conhecer outras pessoas, dividir os problemas e renovar as forças.

5.4 A DINÂMICA DO “GRUPO AQUI E AGORA”

Descreveremos a seguir a dinâmica do grupo de ação educativa participativa. No primeiro grupo de cada programação houve um momento inicial de reconhecimento e aproximação dos participantes, no qual utilizamos na sua dinâmica a técnica da *rede* (Anexo J), quando reafirmamos os objetivos do convite a essa ação grupal e agradecemos a participação de todos. Também com o objetivo de que cada participante externasse e compartilhasse com os demais a experiência vivida de cuidado e autocuidado em seu processo de viver envelhecendo, nas circunstâncias particulares de saúde-doença e convivência familiar.

A dinâmica grupal seguiu uma sequência de quatro momentos, quais sejam: compartilhar percepções e saberes sobre a realidade em discussão; questionar a situação exposta; vislumbrar possibilidade de acesso a novos conhecimentos e recursos que levassem ou facilitassem o viver envelhecendo mais saudável; avaliar sintetizando novas tomadas de consciência.

A sequência proposta para a discussão do tema fluiu naturalmente, isto não significa que tenha sido linear. Pois cada participante apresentou de modo singular o seu momento de compartilhar percepções e saberes, questionar a situação, vislumbrar possibilidades e sintetizar novas tomadas de consciência. Foi um ir e vir constante dentro do desenho dos momentos grupais propostos para a ação educativa participativa. O que

serviu de contribuição para os diferentes momentos de tomada de consciência dos participantes.

No quinto grupo de cada programação, houve um momento final específico, referindo-se à avaliação geral dos encontros. Houve, também, momento para fechamento da programação com despedidas e agradecimentos, no qual utilizamos na dinâmica do grupo a técnica da *vela* (Anexo K).

Os conteúdos geradores da programação da ação educativa participativa resultaram da análise das informações contidas no histórico e do diagnóstico das exigências de apoio educativo para o autocuidado nos requisitos (ou exigências) universais, desenvolvimentistas e de desvios da saúde (OREM, 1991). Tais informações agrupamos considerando a frequência de ocorrência entre os participantes do estudo. Vejamos a seguir:

- Os requisitos universais de autocuidado estão inter-relacionados entre si e são comuns às pessoas durante a vida, como a respiração, alimentação, hidratação, eliminações e outros. Os requisitos universais apresentados em comum pelos participantes deste estudo foram aqueles relacionados ao sono, à memorização, à alimentação, e à atividade e lazer.
- Os requisitos desenvolvimentais de autocuidado se referem às exigências de autocuidado nas várias etapas do desenvolvimento humano. Com relação à velhice, as exigências apresentadas pelos participantes deste estudo foram aquelas relacionadas aos comportamentos de vida e saúde no processo de envelhecimento saudável, às perdas e ganhos, à morte e ao luto, e à cidadania.
- Os requisitos de autocuidado no desvio de saúde aparecem nas condições de doença, ou por consequência de medidas médicas para diagnóstico e

tratamento. No processo de envelhecimento as diversas situações de saúde doença requerem do idoso a busca por orientações e ajuda que favoreçam o cuidado, quando dependente, e o autocuidado. Neste estudo, os pacientes idosos apresentaram desvios quanto aos comportamentos de cuidado referentes à hospitalização, às comorbidades (hipertensão arterial, cardiopatias, acidente vascular cerebral, diabetes mellitus, problemas gástricos, doença pulmonar obstrutiva crônica, depressão, etilismo), e ao tabagismo e etilismo.

Partindo da análise de dados, acima descritos, elaboramos os seguintes diagnósticos de enfermagem que requereram a ação da enfermeira e do paciente idoso no sistema de apoio educativo de Orem. Quais sejam:

- Potencial para o autocuidado nas atividades da vida diária prejudicado relacionado à falta de conhecimento sobre como o estilo de vida atual afeta a qualidade do sono e repouso, da memória e da alimentação;
- Potencial para o autocuidado nas atividades da vida diária prejudicado relacionado à falta de conhecimento sobre como a falta de atividade e lazer afeta o processo de envelhecimento saudável;
- Potencial para o autocuidado nos comportamentos de vida e saúde prejudicado relacionado à falta de conhecimento sobre perdas e ganhos no envelhecimento, morte e luto, e cidadania;

- Potencial para o autocuidado nas situações de comorbidades e hospitalização prejudicado relacionado à falta de conhecimento sobre comportamentos de cuidados nas situações diversas de saúde-doença;
- Potencial para o autocuidado quanto ao controle do tabagismo e etilismo prejudicado relacionado à falta de conhecimento sobre a relação entre hábitos e vícios e envelhecimento saudável.

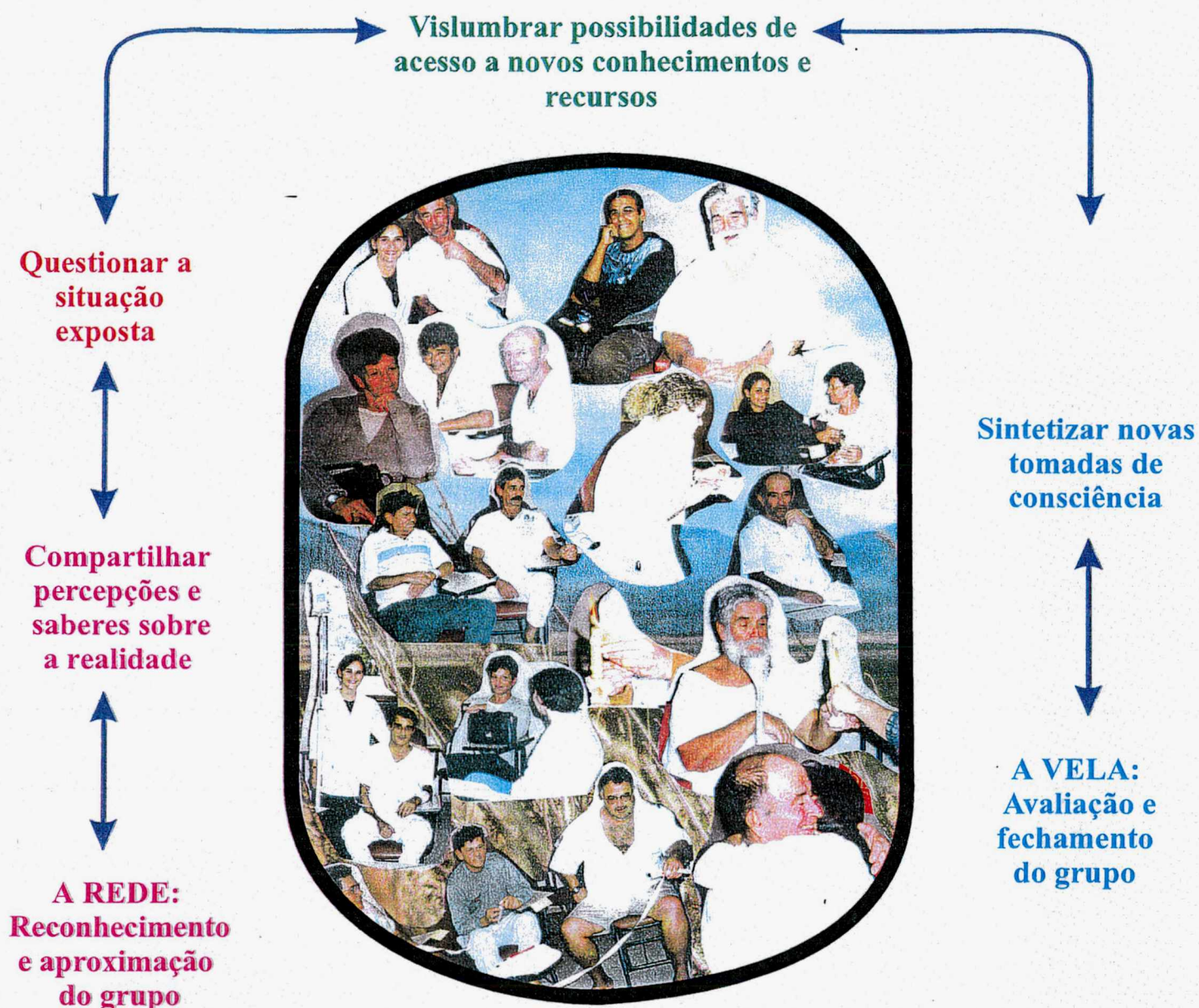
Uma vez diagnosticadas as exigências de apoio educativo, estas resultaram nos conteúdos geradores da programação da ação educativa participativa, os quais foram sugeridos ao grupo como tema gerador de discussão, pela enfermeira pesquisadora. São eles:

- o processo de envelhecimento;
- o autocuidado;
- o sono;
- a hospitalização;
- a morte;
- os direitos da pessoa idosa;
- a memória;
- comorbidades (hipertensão arterial, problemas cardíacos, acidente vascular cerebral, diabetes mellitus, leucemia, problemas gástricos, doença pulmonar obstrutiva crônica, depressão, etilismo).
- o tabagismo;
- lazer e atividade na terceira idade;
- o que espero da vida enquanto envelheço.

5.5 APRESENTANDO A PROGRAMAÇÃO DA AÇÃO EDUCATIVA

Consideramos necessário apresentar a descrição dos encontros realizados em duas programações de ação educativa participativa. Deste modo visualizamos como os momentos de discussão desenvolvidos conforme a metodologia, em meio à riqueza dos conteúdos geradores da programação da ação educativa participativa, aconteceram de modo não linear e singular para cada participante, porém em construção coletiva, enquanto ação grupal. Didaticamente, ressaltamos em cores as falas dos participantes que representam os vários momentos da dinâmica grupal, quais sejam: em violeta, o compartilhar percepções e saberes sobre a realidade em discussão; em vermelho, o questionar a situação exposta; em verde, o vislumbrar possibilidades de acesso a novos conhecimentos e recursos; e em azul, o avaliar sintetizando novas tomadas de consciência.

Na figura 2, observamos os participantes dos *Grupos Aqui e Agora* em seus vários momentos, na tentativa de ilustrar a realidade vivenciada neste estudo.



* Fotos autorizadas

Figura 2 - Representação da Dinâmica do “Grupo Aqui e Agora”

5.5.1- Primeira Programação do “Grupo Aqui e Agora”

A média de idade dos participantes variou entre 45 e 62 anos, tendo como familiares acompanhantes as esposas, filhos e filhas. Cabe ressaltar que dois dos participantes que se voluntariaram para integrar o grupo, foram pacientes de 45 e 49 anos de idade. Isto não gerou problema de qualquer ordem, ao contrário, possibilitou a troca de experiências e uma melhor comunicação e relação intergeracional, considerando também a presença dos filhos na faixa etária de 18 anos, inclusive.

A frequência de participação nos encontros variou conforme as peculiaridades da internação já relatadas anteriormente. Sendo que apenas dois dos idosos participantes do grupo estiveram presentes nos cinco encontros. Variando também a presença do familiar acompanhante, ora esposa, ora filho, ora filha.

Passamos a descrever cada grupo formado na primeira programação desenvolvida, apresentando o conteúdo gerador da discussão e seu respectivo objetivo. Ressaltamos algumas falas dos participantes do grupo, as quais retratam os momentos grupais que culminaram em novas tomadas de consciência.

- ❖ **1º grupo:** Envelhecimento: a fim de conhecer e compreender o processo natural do envelhecimento humano, e discutir como envelhecer melhor.

Este tema gerou muita discussão, foi sugerido pelo seu V, que iniciou dizendo que

...a pessoa envelhece porque se preocupa demais.

Apesar de haver a concordância do grupo, esta afirmativa desencadeou o momento de compartilhar as percepções e os saberes acerca do envelhecimento humano. Outras idéias foram sendo colocadas e alguns questionavam as falas dos participantes,

...não nos devemos preocupar com minúcias, porque o mundo é apenas uma ilusão...

(Ge, 50 anos)

...beber e fumar faz envelhecer mais rápido...acho que adoeci por causa dos exageros...

(Re, 45 anos)

Muitos questionamentos também foram feitos à facilitadora do grupo, momento em que as experiências pessoais foram sendo compartilhadas e questionadas por todos. A discussão foi se encaminhando para idéias e alternativas de como envelhecer de modo mais saudável. O ponto mais discutido foi a questão dos vícios, principalmente o alcoolismo e o tabagismo. O grupo concluiu que

...o importante é tomar a decisão de viver bem e sem vícios....mesmo que precise de ajuda, mas a primeira decisão é da pessoa...é um capricho.

O grupo também levantou algumas atitudes necessárias para um viver e envelhecer mais saudáveis; quais sejam:

- ✓ Reduzir as situações estressantes;
- ✓ Ter uma vida ativa;
- ✓ Fazer exercícios físicos;

- ✓ Ter uma ocupação, mesmo que aposentado;
- ✓ É importante dormir bem;
- ✓ Uma boa alimentação;
- ✓ Uma vida sem vícios;
- ✓ Procurar recursos de saúde para prevenir doenças e se cuidar;
- ✓ Ter muita alegria, sentir graça nas coisas do dia-a-dia.

Realizamos a avaliação do encontro, e decidimos o tema do encontro seguinte.

...bom pra passar o tempo e conhecer as pessoas... (V, 49 anos)

...é bom pra desabafar e trocar idéias (Ce, 55 anos)

eu falo muito, preciso deixar os outros falarem também. Esse tipo de encontro é importante pra quem estuda e pra quem se trata, sempre se descobre alguma coisa boa. (Ge)

quero voltar amanhã pra conversar mais, é bom. (Re)

me preocupo com o pai...acho bom ele estar aqui pra não fugir do hospital...pra ver a importância de fazer o tratamento. (Mi, 18 anos)

- ❖ **2º grupo:** Hospitalização: a fim de conhecer e discutir as normas e rotinas vigentes no Hospital, bem como os direitos do paciente internado, e apresentar alternativas às normas.

Como um modo de introduzir o tema e despertar a discussão lemos para o grupo o texto “O rapaz e a estrela-do-mar” (Anexo L).

Este tema gerou um primeiro momento de discussão da realidade bastante longo, todos queriam falar e contar uma história vivenciada no hospital. Precisamos direcionar o andamento da reunião, buscando retomar o tema e evoluir na discussão até o momento de tomada de consciência.

Gil conta sua experiência ao ser atendido na emergência do Hospital, relatando as observações que fez quanto ao atendimento dado na sala de admissão.

na minha opinião ali não podia ser um porteiro, tinha que ser uma enfermeira...ou um estagiário, alguém que entendesse alguma coisa de medicina. Pra saber o que é emergência ou o que não é... (Gil, 50 anos)

Percebemos que nas falas do grupo os momentos de discussão foram se misturando e aquilo que era questionamento para um participante, passava a ser um novo conhecimento para o outro, e até uma tomada de consciência para um terceiro.

...os enfermeiros e as enfermeiras, e os médicos que estão aqui, às vezes, eles têm que ter uma paciência...eles são obrigada a ter... é um acúmulo de pessoas...quando chegam na

emergência nunca estão pensando que o outro tá morrendo, elas acham que o problema delas é o principal, o mais grave... (Ge)

Muitos esclarecimentos quanto às normas e rotinas do hospital foram solicitados à facilitadora do grupo.

O ponto alto da discussão culminou na consciência de que os profissionais devem estar preparados em termos de relações humanas para receber e atender ao paciente.

Na portaria, o vigilante ou quem quer que esteja atendendo, tem que ser treinado em relações pessoais. (Re)

Ele tem que entender o que são relações pessoais, relações humanas...senão ...nunca vai ser bom profissional...não vai atender direito. (Gil)

Por outro lado, também refletimos sobre o papel do paciente e família, concordando que estes devem conhecer e exercer os seus direitos, pois isto também favorece o tratamento.

...porque eu quero cuidar de mim, da minha saúde. (Si, 62 anos)

Entramos na discussão do quarto privado e visitas livres nos casos de pacientes particulares ou conveniados em outras instituições de saúde, para nossa surpresa os participantes foram unânimes ao preferirem os quartos coletivos e defenderem a igualdade de direito de atenção à saúde.

Não, eu já discordo... acho que deve ter enfermaria...eu até gosto. (Ge)

Sozinho eu ia ficar deprimido, não ia conversar, não ia nada. (Se, 60 anos)

Se dá uma dor não tem quem chamar...pelo menos tem gente... (Se)

Somos todos irmãos, ninguém tem sangue azul... (Sil)

Um dos participantes levanta o seguinte problema:

...uma coisa que o paciente não sabe: qual a medicação que toma...deviam passar pro paciente o copinho com um bilhetinho sobre a medicação. (Ge)

Os demais admitem que não têm conhecimento quanto à medicação que recebem no Hospital. Esta discussão acabou desencadeando também uma série de perguntas sobre os medicamentos (indicação, ação, efeitos colaterais etc.) e também sobre o direito de acesso ao prontuário. Também sugerem que a prescrição fique na cabeceira do leito do paciente, para que ele possa conhecer e ter maior controle do seu tratamento. Essas são noções de autocuidado apresentadas pelo grupo.

Falam da dificuldade que o fumante tem em controlar o vício do tabagismo durante a internação, principalmente porque esse é um momento difícil, e o cigarro serve de “bengala”:

É o seguinte: não pode fumar dentro do hospital; é proibido, mas médico nenhum, enfermeira nenhuma, vai barrar o fumante aqui dentro...porque de um jeito ou de outro ele vai arranjar um lugar pra fumar...o hospital não tem como controlar... (Re)

É a força de vontade que conta... (Se)

Sugerem um fumódromo, no qual seja feito um trabalho educativo com vídeos “bem chocantes”, palestras e ajuda de profissionais para vencer o vício. Este assunto não foi esgotado nesta reunião e por isso foi sugerido como tema de outro encontro.

Também discutimos quanto ao horário de visitas e direito a acompanhante hospitalar:

O horário de visita não tem o que reclamar...a mulher, um filho chegando, é importante, é confortador. (Re)

É a coisa melhor do mundo... (Sil)

A visita é o melhor remédio, melhor do que qualquer médico. (Val, 55 anos)

Tá certo, as enfermeiras são muito bacanas, tá todo mundo ali com a gente. Mas, estando a família é mais confortável...o interessante é que tá do lado do doente dele cuidando. (Sil)

Fizemos a avaliação e fechamento do encontro:

Eu acho que é difícil a relação médico e paciente...então tem que ter paciência...o paciente tem que ter um pouco de complacência com as pessoas que estão ali atendendo. A gente vê o sacrifício do profissional da saúde hoje...trabalha em três empregos, sai correndo pro outro hospital... (Ge)

O corpo clínico está muito mudado, há trinta anos atrás o médico não falava contigo...eu acho que o paciente tá exigindo mais...é um direito dele isso. Temos que lutar pra mudar, nunca pra nos entregar, é o caso da estrela. Você hoje é uma no vento, amanhã pode ser um grito no alto-falante...agora, se você desistir, acabou. É bem aquele caso, pega uma estrela só, mas amanhã tem mais cinco jogando estrelas no mar, depois de amanhã tem mil...temos que lutar. Vamos conseguir, conversando como seres humanos vamos nos humanizar, to tentando, e já melhorei muito e tenho que melhorar mais um milhão de vezes, mas isso é uma maneira de você lutar. (Ge)

Bem aproveitável... (Gil)

Se tivesse sido a metade do que foi já valeria a pena... (Sil)

❖ **3º grupo:** Memória: a fim de conhecer formas de estimular e melhorar a memória.

Apresentamos ao grupo o filme “Envelhecimento”, com duração de 13 minutos, produzido pelo Programa Educação em Saúde (Ministério da Saúde, 1999). Então, iniciamos a discussão. Neste encontro, a discussão da realidade foi muito rica, houve uma

grande troca de experiências e, “conselhos” entre os participantes. Todo o momento a discussão foi permeada pelo conteúdo do vídeo apresentado inicialmente, havendo comparações e relato de situações vividas.

Só sei que memória todos nós teríamos condições de ter um nível bem mais elevado...acho que precisava ser mais exercitada...desde criança... (Gil)

Eu acho que não precisa ser velho pra esquecer das coisas. (Ma, 47 anos)

Eu acho que isso não tem idade não, qualquer um pode ter. (Já, 36 anos)

Pensamos em alguns exercícios e hábitos que podem contribuir para a manutenção da memória, assim como alternativas e recursos para evitar o esquecimento de coisas importantes a fazer. Enfim, todos tinham um modo a relatar e contribuir.

Após a avaliação do encontro, dois dos participantes sugeriram um vídeo sobre o tabagismo para o encontro seguinte, o qual foi prontamente acatado pelo grupo.

Fomos interrompidos por um dos participantes do grupo que estava saindo de alta hospitalar com a esposa e filhos, e gostaria de despedir-se. Este momento foi especial, com declarações de afeto e desejos de saúde.

❖ **4º grupo:** Tabagismo: a fim de conhecer e discutir as conseqüências do fumo.

Iniciamos com apresentação do filme “Tabagismo”, com duração de 13 minutos, produzido pelo Programa Educação em Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999).

Ao iniciarmos a discussão, logo percebemos um sentimento de “decepção” em relação ao conteúdo do filme. Entretanto, os participantes não foram explícitos verbalmente neste primeiro momento.

Iniciaram relatando seus hábitos em relação ao fumo, como adquiriram o vício, as tentativas para parar de fumar e as recaídas, bem como as vitórias e lição de vida quanto à força de vontade. Discutimos muito acerca dos prejuízos e doenças decorrentes do fumo. Procuramos discutir as situações referentes aos problemas respiratórios e circulatórios, principalmente no que se referia às condições de saúde apresentadas pelos participantes do grupo, como por exemplo o infarto agudo do miocárdio, o acidente vascular cerebral, a hipertensão arterial e a doença pulmonar obstrutiva crônica.

Um momento importante no encontro foi o diálogo ocorrido entre pai e filho, no qual após o filho falar do seu vício e das tentativas de parada e suas recaídas, o pai relata sua história de como iniciou o fumo, que parou devido à doença, mas que reconhece que foi tarde demais e agora sofre as conseqüências. Ele falava ao grupo, mas seu olhar era para o filho, como se estivesse alertando através da sua experiência.

Graças a Deus deixei...e hoje estou aqui...e minha família toda fuma, não posso parar dentro de casa. Parei, disse de hoje em diante não fumo mais. Joguei fora e nunca mais fumei. O certo é isso! (Se)

O filho ouvia atentamente, ora cabisbaixo...

Ele já tem a experiência do pai. Está na mão dele. (Se)

A tomada de consciência ocorre a partir desta fala:

Pra decidir, tem mais ou menos três experiências que ele vai saber como é que é para deixar...não quero mais e tchau. (Gil)

Admitimos que é necessário tomar a decisão interior, que este é o ponto de partida para romper com o vício de fumar, mas continuamos achando muito difícil parar. Por outro lado, o familiar não fumante se sente co-responsável em auxiliar na manutenção da decisão e também sente-se sofrendor de danos decorrentes do fumo passivo.

Reafirmaram a sugestão de um fumódromo no Hospital associado a um trabalho educativo com vídeos e profissionais para palestras.

Na avaliação do encontro, se sobressaiu o sentimento de decepção em relação ao conteúdo do filme. Pois esperavam algo mais chocante, como por exemplo, cenas apresentando seqüelas graves decorrentes do tabagismo.

- ❖ **5º grupo:** Lazer e atividade na terceira idade: a fim de compreender a importância de manter uma vida ativa.

Apesar do tema acordado para discussão, havia no grupo um dos participantes com a necessidade de discutir sua revolta por não ter obtido licença médica hospitalar para o fim de semana, e esclarecer qual a condição para isso. Junto a esta questão, discutimos o direito de ir e vir do paciente internado e sua responsabilidade ao optar por deixar o Hospital sem a indicação médica. Um assunto que ficou velado na conversa foi o receio da família quanto ao alcoolismo, ou seja, a possibilidade de beber e abandonar o tratamento, caso o paciente tivesse licença hospitalar. Entretanto, não tivemos abertura para falar sobre o alcoolismo, mesmo com a insistência de outro participante. Após os devidos esclarecimentos quanto ao procedimento médico para a licença hospitalar e o compromisso de encaminhar a situação para a enfermeira de plantão, demos continuidade ao tema proposto.

A condição de doença surge, na discussão, como consequência, inclusive, da falta de lazer:

Ele tinha uma vida muito corrida...Não é de graça que está com úlcera. (Ma)

A tomada de consciência do grupo se resume na seguinte fala:

Lazer é fazer aquilo que você gosta! (Gil)

Antes da avaliação e fechamento do grupo tivemos um momento de descontração, quando uma das esposas mostrou ao grupo fotos da família...Contaram casos, falaram de situações de lazer e descontração em família. Isto aumentou a intimidade no grupo, inclusive com demonstração de afeto e carinho entre todos.

A avaliação e fechamento do grupo, utilizando a técnica da *vela* (Anexo K), foi assim:

Essa velinha, gosto muito de vela acesa, tenho muita fé. E eu só tenho que agradecer a você, por esta oportunidade, foram três dias que participei, por ter me convidado...foi muito aproveitável, foi bom ter o conhecimento, conhecer mais vocês também. O tempo que eu passei aqui com vocês e meu marido eu acho que valeu a pena. (Ma)

Nesta semana, estes nossos encontros, acho que foram bastante coisa, eu fiquei contente em falar dos meus problemas aqui. Isto foi muito bom porque saiu alguma coisa que a gente viu que tava acontecendo. Deu oportunidade de sugerir o que pode ser mudado... Se houver possibilidade de mudar tenho certeza que será pra melhor. (Gil)

Eu também, a única coisa que eu posso dizer, é agradecer, que também eu fui muito bem atendido, ... se eu quisesse melhor teria ido para um hotel cinco estrelas. O tratamento com equipe de enfermagem, o atendimento... acho a melhor luxúria. Se a direção, o próprio pessoal do hospital continuar fazendo assim seria bom...muito bem tratado. (V)

Bom, eu acho que quase não falei neste grupo... escrevi um pouquinho e ouvi muito mais., Mas eu gosto muito de ouvir...às vezes a gente pode aprender muito mais ouvindo que

falando. E foi isso, estes encontros serviram realmente para aprender na minha condição de estudante... aprender bastante junto com vocês...(Mai, 23 anos)

Eu acho que o grupo devia continuar, as nossas palestras são importantes, não só pra nós, como pra vocês também, pra ela que é estudante . E no mais é agradecer... (Ma)

Tomara que estas velas não se acabem , mais e mais, cada vez mais grupos se formem.

Aprender, sempre tem alguma coisa que se aprende. Queria agradecer a vocês de terem dado esta chance da gente participar. (Gil)

Eu especialmente quero agradecer a colaboração de vocês. Dizer que tem sido um grande aprendizado formar um grupo e discutir coisas e até bater papo no meio de cada discussão, isto também é importante... dizer que na segunda-feira eu era uma pessoa , hoje eu sou diferente, por que eu aprendi com vocês, eu pude também transmitir um pouco do que eu sabia e eu pude ouvir a experiência de cada um ...e isso pra mim é muito significativo... pude fazer esta troca... foi mais do que uma dissertação, foi uma vivência. Eu espero poder ter contribuído, que a gente saia daqui diferente de como entrou, diferente pra melhor. Obrigada. (Ni, 36 anos)

5.5.2 Segunda Programação do “Grupo Aqui e Agora”

A média de idade dos participantes variou entre 55 e 72 anos para os pacientes idosos internados, tendo como acompanhantes esposas e filhos. A frequência de

participação na programação novamente confirmou as peculiaridades da internação hospitalar relatadas anteriormente, sendo que houve um grupo com apenas um paciente idoso participante.

Passamos a descrever os momentos de cada encontro grupal, apresentando o conteúdo gerador da discussão e seu respectivo objetivo proposto.

❖ **Primeiro grupo:** Envelhecimento: a fim de conhecer e compreender o processo natural do envelhecimento humano, e discutir como envelhecer melhor.

No momento inicial de aproximação e reconhecimento do grupo, com a realização da dinâmica da *rede* (Anexo J), os participantes pareciam à vontade no grupo, desde o início já foram externando e compartilhando com os demais suas experiências, principalmente no que se referia à hospitalização e à condição de saúde em que se encontravam. Este também foi um modo de definir com o grupo o tema do encontro, considerando a necessidade de discutir o cuidado e autocuidado no processo de viver envelhecendo, adoecer e conviver em família. Algumas falas retratam isso:

Pois é, eu estou aqui nesse hospital pra ver se conseguimos mais vida pela frente...às vezes parece que está no fim...então a gente fica melhor, não tá na hora ainda. (H, 63 anos)

A doutora me falou que a doença está estacionada, não melhorei, nem piorei. Mas às vezes eu penso que não vou conseguir mais me curar. (P, 55 anos)

Eu acho que com a idade que eu tenho eu poderia trabalhar mais um pouco ...com 55 anos de idade não é pra eu me entregar...Mas não perdi a guerra ainda. Ainda estou na luta, tenho esperança de conseguir vencer essa guerra. (P)

Depois que a gente toma cassetada, a gente vai aprendendo que nunca sabe tudo, pensa que sabe, cada dia que a gente acorda é mais um dia que a gente aprende. Por isso, com esses 55 anos, eu pegando uns 15 dias de hospital, eu aprendi muita coisa. Sempre dei o maior valor à vida e gosto da minha vida ... Eu tenho uma família que é a coisa mais completa...(E, 55 anos)

Então, concordamos em assistir ao filme “Envelhecimento”, com duração de 13 minutos, produzido pelo Programa Educação em Saúde (Ministério da Saúde, 1999). Discutimos um pouco as questões levantadas no filme. Percebemos que um dos participantes tinha uma necessidade muito grande de falar da sua condição de saúde e doença. Isto mobilizou os demais participantes, inclusive com uma certa identificação com o problema e o sofrimento, além da manifestação de solidariedade em ouvir o colega e até confortar com palavras de incentivo.

Também houve questionamentos associando pontos levantados no filme que sugeriam a prática de exercícios físicos, por exemplo, relacionando com a situação de saúde de cada participante.

A gente vai ficando velha sem ver... (EH, 63 anos)

Doença também não tem idade. (EH)

Fizemos a avaliação e encerramento da reunião.

Eu queria que tivesse mais gente pra prorear, é bom. (H)

Eu gostei de conversar , amanhã a gente vê o que aparece na hora... acho até que devia ter feito isso há muito mais tempo, o tempo que eu tava ali deitado, sem fazer nada. Pra mim foi muito proveitoso. (P)

Eu nunca me entreguei, desde o dia que estou internado eu me sinto melhor, se olhar pra trás sempre tem um pior que eu, eu sempre achei que eu sou melhor, isso aí, eu passo essa força, essa energia de nunca me entregar...Ontem eu estive conversando com meus filhos e disse que a melhor coisa que tem na vida do ser humano é respeitar os outros, isso eu ensinei pra eles, e aqui dentro eu aprendi coisas assim, do ser humano, que a gente tem que respeitar mais ainda... Eu penso que a gente não é nada, a gente é uma sementinha qualquer, mas se a gente se unir mais um ao outro...tem mais força... (E)

❖ **Segundo grupo:** Lazer e atividade na terceira idade: a fim de compreender a importância de manter uma vida ativa.

Este encontro foi atípico em termos de número de participantes, pois havia apenas um idoso e não havia familiar acompanhante. Ainda assim, consideramos que foi um grupo, pois a enfermeira pesquisadora e a observadora são, inclusive, participantes ativas na ação educativa grupal. Também optamos pela realização desse encontro em respeito ao idoso participante, o qual demonstrou grande interesse e necessidade de

integrar-se ao grupo, devido à sua revolta em relação à condição de portador de doença crônica grave e de prognóstico médico reservado.

Tenho feito de tudo que me é recomendado fazer...mas continua...eu acho que está um pouquinho pior. Eu durmo cedo, acordo cedo, eu como na hora certa, procuro fazer isso.

Não ando de madrugada, não tenho vício nenhum, não fumo, não bebo, não cheiro cocaína, não fumo maconha, nada disso. São coisas que nunca me passaram pela cabeça fazer. Nunca coloquei na boca, nada disso. Agora, eu não sei como apareceu essa doença em mim! Não sei como, isso é que às vezes eu fico indignado. (P)

Logo no início do encontro, o participante relata que pensou sobre a conversa do dia anterior e até conseguiu dormir melhor, teve bons sonhos e afastou maus pensamentos, pois se sentia “trancado e sozinho”.

Reafirmamos, então, os objetivos e o compromisso do grupo de discussão, também relatando a existência do serviço de psicologia na Instituição, o qual poderia ajudar-lhe nesse momento. O paciente aceitou prontamente o encaminhamento.

Durante toda a discussão, sua fala esteve direcionada à família, principalmente à filha e à neta.

O que quero fazer agora é pelos meus filhos. Depois que eu fizer o que penso por eles aí pronto. Minha missão tá cumprida. (P)

Quando questionamos quanto à necessidade de fazer algo por si, respondeu:

Eu acho que a minha idade já passou, o que eu vou fazer mais? Vou arrumar uma namorada? Só se tivesse saúde... Não tenho mais aquele ânimo que eu tinha antigamente... tem hora que eu queria ter aquela vontade, queria ter aquela saúde, chegar e poder me divertir. Em 1º lugar não tenho condições financeiras pra chegar e fazer isso aí, em 2º lugar não tenho saúde, e em 3º lugar não tenho ânimo. Fico em casa, não estou ganhando mas também não estou perdendo, estou descansando. Não estou atrasando meu tratamento.

(P)

Percebemos que seu autocuidado se restringe ao controle da doença. Não possuindo uma atividade de lazer, inclusive pensando já ter passado da idade para manter uma vida social ativa.

Ah, sim, queria preencher meu tempo com outra atividade, mas não dá, o corpo não funciona. Queria jogar um futebol, queria correr, como costumava fazer antigamente. Sempre costumava fazer alguma coisa, ia pescar, caçar, inventava alguma coisa. Ia acampar, fazia barraca, procurava sempre um divertimento, alguma coisa. E hoje não dá... Nem quero mais namorar, acho que a minha idade já passou pra isso. (P)

Discutimos, então, sobre os vários modos de se manter ativo, inclusive com uma ocupação ou atividade prazerosa, apesar da situação vivenciada de saúde-doença.

Meu serviço diário é chegar e ir pra cozinha. Dou uma caminhada, chega 9:30 ou 10:00 horas vou fazer o almoço. (P)

No decorrer do encontro, reconheceu que necessita cuidar mais de si, porém reafirmou que sua prioridade é a filha. Sua tomada de consciência e perspectiva de mudança de atitude, se deu no momento em que planeja conversar seriamente com a filha ao retornar para casa.

Claro que voltando pra casa vou ter que falar com ela: tu vais começar a tomar um jeito, agora já és mãe, tua filha tá com um ano, tu vais ter que estudar pra ser alguém, porque senão, eu já estou no fim, teu avô já está no fim, tua avó já foi, vais ficar sozinha, vais ter que fazer por ti, e daí como é que vai ser, aproveita a oportunidade que falta pouco..., no ano que vem ela se forma...Então não sei, eu vou falar. Aproveita a oportunidade que eu não sei o tempo que eu vou durar. Aproveita senão tu vais ser faxineira ou vais lavar roupa pra fora. (P)

No fechamento da reunião demonstrou sua satisfação em participar do grupo:

... por que eu não comecei a fazer isso antes? Por que a Sra. me chamou só agora? Gostei, gosto de conversar com quem me entenda ou que pelo menos entenda mais do que eu e que dê conselho sobre o que devo fazer, o que não devo fazer. Tem horas que dá uma loucura na cabeça que eu nem sei. Eu estou discutindo coisas que estavam trancadas dentro de mim, eu queria falar com alguém que me entendesse. Sobre o que eu sinto. E que me dê conselho: não faz isso, faz assim, faz assado, se estou certo ou errado. (P)

❖ **Terceiro grupo:** Hospitalização: a fim de falar sobre os sentimentos do paciente e da família quanto à hospitalização, conhecendo e discutindo as normas e rotinas vigentes no Hospital bem como os direitos do paciente e família.

Este tema surgiu a partir do comentário feito por um dos participantes logo após o momento inicial de reconhecimento e aproximação do grupo: relatou que observou a tristeza do seu (H) ao sair de alta hospitalar. Disse que percebeu isso porque muitas vezes também se sente assim, pois sabe que ao chegar em casa estará sozinho.

...eu já fui interno várias vezes, nas primeiras vezes causa pavor, causa medo, por a gente não ter orientação do que é um hospital por exemplo, o que vai acontecer no hospital. Dependendo do hospital, conforme o tempo, conforme o pessoal, eles não dão aquela orientação. Não dão aquela recepção calorosa. Não dão aquela tranquilidade. Aqui é bom, aqui você é bem atendido, você vai ter os seus direitos, ...vai ter direito de reclamar, esse é o negócio interessante, eu já vi muita gente, às vezes companheiros de quarto: - Ah, mas eu não vou reclamar, será que eles não vão mandar-me embora? Será que eles não vão ficar bravos comigo se eu reclamar que a comida não tá boa... Pode e deve, é uma maneira de você mudar, fazer alguma coisa diferente. Não pra reclamar só pra fazer caso, reclamar com direitos. É bom a pessoa saber que pode reclamar, e que tem direitos e obrigações.

(W, 57 anos)

A partir dessa colocação, o momento de compartilhar percepções e saberes sobre a realidade da hospitalização se desenvolveu ao mesmo tempo em que se questionou

a situação exposta. Aproveitamos para discutir a natureza da nossa Instituição, que é pública e gratuita. Discutimos o horário de visitas e a portaria ministerial que dá direito de acompanhante ao idoso internado.

Mas , eu me sinto satisfeita de estar neste hospital, pra mim é nota 10...É a primeira vez que meu marido se interna. Eu achava difícil, que como era o hospital da Universidade, só podia visita, não podia acompanhante, apesar que você não tem cama especial. Porque não pode ter pra todo mundo. É para os doentes, não para os que estão com saúde. (E)

Esta acompanhante falou de sua experiência no hospital com o marido internado:

Ajudou, porque ele não mexe nem a perna e nem a mão. Ajudo a fazer xixi, a sentar pra comer. Hoje é que ele pegou uma colher na mão...Então hoje eu estou bem satisfeita. Mas o caso dele é lento...tem que fazer o tratamento em casa, fisioterapia...vai longe...(E)

Aproveitamos também para discutir o autocuidado da acompanhante, essa em especial parecia bem informada e preparada para o pós-alta hospitalar. Relatou que faz rodízio com o filho, ficando no hospital apenas durante o dia. Diz, ainda, que mantém uma vida ativa,

A gente fica mais um pouco pra conversar, a vida é muito boa. Na minha turma tem a marca dos 50, eu tenho quase 70, mas eu faço na de 50. Eu caminho todo dia uma hora por dia. Agora eu passo a semana toda parada aqui. (E)

Houve um momento de discussão em que os participantes estiveram comparando o serviço público oferecido pela Instituição e o serviço privado de um convênio médico. Falaram da qualidade do serviço público apesar das dificuldades existentes:

Eu pago UNIMED, percorri por tudo que foi hospital e não achei vaga...como é difícil com os hospitais, a saúde está crítica aqui no nosso Estado. Tem muita gente doente. Hoje é tudo por dinheiro. E aqui ele foi bem recebido. Me sinto satisfeita por ter me recebido na medida do possível. (E)

Aí entra a parte da política...o povo tem que morrer burro, sem saúde... É importante reclamar, mas tem que ser pra pessoa certa. (W)

Tem que falar com o José Serra, o Ministro da Saúde, pra ele fazer outro hospital público... (E)

Tem que orientar, mostrar que o povo pode. (W)

...também deve compreender que certas coisas que não estão saindo como a gente quer, é devido à dificuldade. (P)

Mais uma vez ficou evidente que os momentos de discussão vão acontecendo ao mesmo tempo, cada participante tem o seu ritmo e o seu nível de compreensão, confirmando que a percepção de um participante acerca da realidade em discussão é o

questionamento do ouro, ou é o novo conhecimento exposto, ou ainda a própria tomada de consciência.

Esta é a 8ª vez. Eu não agüentava mais ser interno...Eu entro aqui fraco, magro e saio daqui sempre gordo, sempre forte, saio bem. A minha doença é que não me deixa curado, a minha doença é crônica. (P)

Eu já sou veterano...seis vezes. Mas é engraçado, eu gosto de me internar aqui. Só me interno porque tenho problema...mas o fato de você ser internado e confiar no hospital, confiar aqui no pessoal que está atendendo, te deixa tranquilo. (W)

Realizamos a avaliação e fechamento do encontro. Insistimos na programação do tema para o encontro seguinte, porém a preferência é decidir no momento.

Já é a terceira vez que eu venho, eu vim a primeira vez e gostei tanto...isso devia ser feito há muito mais tempo. (P)

Quem não se comunica se trumbica. É conversando que a gente de entende... (W)

❖ **Quarto grupo:** O sono: a fim de discutir os hábitos relacionados ao sono, à importância de dormir e aos modos de facilitar um sono reparador.

(P) diz que foi bom tocar neste assunto, pois tem acordado várias vezes durante a noite, permanecendo mais ou menos 2h sem dormir. diz que tem TV no quarto e costuma

esperar o sono com a TV ligada. Está preocupado com o problema de urinar várias vezes durante a noite, refere urgência urinária e disúria (dificuldade para esvaziar a bexiga).

(O, 73 anos) diz que também tem urgência urinária e nictúria (mais ou menos 3 vezes à noite). Acha que *é da idade*.

(W) diz que isso é problema de próstata, que é importante fazer o exame preventivo uma vez por ano, desde os 40 anos de idade. Explica que o exame é simples: existe o toque retal, *que não é nenhum bicho de 7 cabeças*, e também o exame de sangue.

Trocamos idéias e esclarecimentos acerca do problema de próstata. Ressaltamos a importância de conversar com o médico e solicitar os exames específicos. Todos concordaram. Percebemos que o seu W tinha grande conhecimento sobre o assunto, durante todo o tempo contribuiu com informações e orientações aos outros participantes.

Falamos sobre os hábitos relacionados com o sono e trocamos idéias sobre como facilitar o sono reparador, então novos conhecimentos e recursos foram sendo vislumbrados pelo grupo:

- ✓ evitar bebidas estimulantes antes de dormir;
- ✓ não dormir com fome;
- ✓ usar a cama para dormir;
- ✓ colocar o pijama apenas na hora de dormir;
- ✓ aproveitar a hora do sono;
- ✓ comidas leves à noite e lanche leve 2h antes de deitar (leite morno...);
- ✓ usar roupas confortáveis e roupa de cama de acordo com o clima.
- ✓ entre outros...

Algumas falas retrataram tomadas de consciência:

(P) ficou satisfeito, falou que iria conversar com o médico sobre o problema da urina. Também se propôs tentar retirar a TV do quarto e fazer refeição leve à noite.

Acho difícil abandonar o cafezinho à noite, mas posso colocar mais leite do que café. (O)

Também se propôs evitar tomar líquido logo antes de dormir.

Não tenho problemas para dormir, mas preciso mudar algumas coisas pra não ter insônia mais tarde. (J, 22 anos)

Neste dia, a discussão foi muito dinâmica. Todos queriam falar e dar palpites. Contar como faziam e aconselhar os colegas. Também percebemos que seu P estava mais “leve” em relação ao seu estado de saúde, e bastante indagador quanto ao problema de próstata e às questões relacionadas com o sono. A participação de todos foi muito significativa no encontro.

❖ **Quinto grupo:** O que espero da vida enquanto envelheço. A fim de discutir os modos e hábitos saudáveis para viver melhor, a autonomia e independência, e o morrer.

Sendo este o último encontro do grupo havia um clima especial, principalmente para a enfermeira pesquisadora, por estar fechando o último grupo e, portanto, a prática assistencial proposta. Ao propormos o tema, considerando os dados levantados no histórico, havia uma expectativa, ou um interesse, de nossa parte que fosse deflagrado pelo grupo a

discussão acerca da morte e do morrer. Sem direcionar a discussão, o assunto logo veio à tona, porém de modo sereno e maduro.

É um grande problema. Porque ninguém se preocupa em ficar velho. Aham que não vão ficar, ou vão sem ter problemas de velhice. (W)

Mas eu vou dizer uma coisa, a gente não pode ficar novo toda vida. É obrigada a mudar. Isso aí é tudo. Até um pé de fruta, chega o tempo dela, ela vai acabar caindo. É você imaginar cortar um cacho de banana. Cortou o cacho de banana, a bananeira acabou. Porque chegou o tempo de madurá. (O)

O participante W conta sua experiência no período que trabalhou numa agência funerária. Fala dos diferentes modos de viver o momento da morte de um ente querido, conforme a cultura e a religião. Ele chama de “culto à morte”. Acha “engraçado” o modo do chinês que faz um banquete de comidas, diz que *o católico é o que mais se preocupa e chora a morte com muita tristeza*, enquanto *o evangélico não cultua a morte*. Ele vê a morte da seguinte forma:

...uma vez que a pessoa morre não há mais espírito no corpo... Eu sou evangélico,...se você puder cultuar a pessoa enquanto ela existir, cultuar que eu digo é querer bem, é ser amiga de várias maneiras. Tem várias maneiras de se preparar pra morte. Tem várias maneiras de lidar com a morte. Tem várias. (W)

O grupo discute que a morte faz parte da velhice, não tendo porque se assustar com isso, mas sim se preparar para a morte,

Eu acho que esperar a morte faz parte da velhice. Eu acho que a pessoa devia cultivar juntamente com a velhice...A vida vai acabar pra ela. É interessante. É realmente um processo, um dia a mais de vida, um dia a menos de vida...um dia mais perto da morte. (W)

Esta discussão gerou um diálogo entre pai e filho, ali presentes, com a interferência de um outro participante idoso, como se faz em uma conversa de conselhos para os mais jovens.

Se eu for pensar em morte, eu vou esquecer da minha vida...esqueço de mim e não vou curtir nada da vida...o que adianta eu pensar que vou ficar velho amanhã? (J)

Então o pai aconselha ao filho já ir se preparando, pensando num meio de sobreviver, trabalho, casa, saúde... *tudo isso tem que se pensar na juventude pra chegar na velhice.*

É como fazer uma casa, tem que imaginar e saber como fazer, arrumar tudo direitinho até ela ficar pronta, pra depois poder morar nela... (O)

Há tempo de plantar, há tempo de colher. (W)

Utilizando a técnica da *vela* (Anexo K), fizemos a avaliação e encerramento do grupo:

Esse encontro foi muito bom, muito proveitoso, muito amigável, a gente pôde chegar mais perto... Se as pessoas chegassem mais perto, se sentissem mais humanos. Discutimos aqui vários assuntos, várias coisas. Tudo interessante... E o simples fato de trazer a gente aqui nesse grupinho...isso é bom. Tem mais amor. Isso é muito importante na vida, mais que a morte. Valeu a pena a gente se encontrar... Saúde. (W)

Agradecer nossa amizade, tudo de bom, que eu gostei um monte. Deus que ajude... Às vezes a gente pega uma amizade com os estranhos que se apega. Vocês não sabem como eu fiquei contente agora com o carinho de vocês... (O)

Eu não pude participar de todos, é a segunda vez que a gente tá fazendo isso agora, nesse curto período de tempo. Mas é sempre bom estar com vocês, aprender... é sempre bom estar ouvindo vocês, captar coisas que a gente acaba usando pra nossa vida mesmo. (M)

Então, eu vou acender esta vela novinha e vou apagar esta outra. Pra que essa vela nova simbolize o que a gente vai fazer daqui pra frente. Eu espero que esses nossos encontros tenham contribuído de alguma forma, que possam levar coisas boas... pra mim ficou muita coisa boa. A gente se conheceu um pouco mais, se aproximou, discutiu assuntos sobre a vida, sobre a saúde... é com essa vela nova, com essa chama nova, que desejo que vocês se recuperem e tenham mais saúde. Que todo tempo da vida que vocês têm pela frente, possam viver bem. Do lado das pessoas que vocês gostam. Que vocês sejam cada vez mais independentes, e mesmo que aconteça de depender de alguém para fazer alguma coisa, que vocês sejam felizes realmente, tá. E eu vou continuar aqui no setor. A gente vai continuar se vendo. Eu quero agradecer a contribuição que vocês me deram. Tudo que a gente

discutiu aqui vai servir para eu fazer minha dissertação, mas acima de tudo vai servir para minha vida. Para eu ser um pouco melhor, graças a vocês também. Obrigada e Saúde. (N)

VI REFLETINDO A PRÁTICA ASSISTENCIAL À LUZ DO MARCO CONCEITUAL

*“Gosto de descobrir o verdor num velho e sinais
de velhice num adolescente. Aquele que
compreender isso envelhecerá talvez em seu
corpo, jamais em seu espírito.”
(CÍCERO, 2001)*

O marco conceitual dessa ação educativa de enfermagem para o autocuidado, com o idoso hospitalizado e seu familiar acompanhante, foi baseado em conceitos da Teoria de Orem e na Concepção de Educação de Freire, conforme descrito anteriormente. Esses, entre outros autores incluídos na revisão de literatura, contribuíram com seus saberes para o desenho do projeto da prática assistencial e agora para a compreensão da realidade vivida durante a execução do mesmo.

A cada dia vimos a adequação da proposta e a importância de considerarmos o paciente idoso e seu familiar acompanhante sujeitos ativos no processo de compreender e transformar suas próprias realidades de vida e saúde, se assim desejassem. Por isso, foi fundamental associarmos nesta prática, numa relação de complementaridade e avanço do processo educativo em saúde, o conceito de autocuidado de Orem e a concepção de educação de Freire.

O autocuidado de Orem, é uma condição inerente ao ser humano, diz respeito a uma prática que a pessoa aprende e que é *desenvolvida por ela mesma e para si mesma*.

Portanto, implica em autocontrole, liberdade, responsabilidade e vontade própria. Esta ação educativa permeada na Teoria de Orem contribui para mobilizar o ser humano idoso e a família para comportamentos que resultam em autocuidado no seu viver diário.

Por outro lado, a proposta adotada de Freire faz avançar os limites da educação ao comprometer-se com a transformação social. Nela o trabalho é desenvolvido sob a forma de grupo de discussão, no qual o diálogo é peça fundamental no processo educativo. Desta forma, as mudanças ocorrem dentro das possibilidades e da vontade de cada ser participante.

O marco conceitual construído a partir de conceitos da Teoria de Orem e da Concepção de Educação de Freire, oportunizou diferenciar o exercício da enfermagem com enfoque na especificidade do idoso hospitalizado e seu familiar acompanhante, de modo a contribuir para um fazer pensado e dialogado, tendo como sujeitos da ação os próprios clientes.

Autocuidado e educação participativa dizem respeito à cidadania, aos direitos e deveres que envolvem o viver em sociedade, e, portanto, dizem respeito ao ser humano que deseja envelhecer vivendo e relacionando-se eticamente num grupo.

O autocuidado definido por Orem é um processo aprendido, então associando a concepção de educação de Freire, vimos que pode e deve ser aprendido por meio do diálogo e do respeito ao ser humano. Entendemos que este é um comportamento ético que a enfermeira deve exercitar no seu cotidiano. Segundo Freire (2000, p.36), “mulheres e homens, seres histórico-sociais, nos tornamos capazes de comparar, de valorar, de intervir, de escolher, de decidir, de romper, por tudo isso, nos fizemos seres éticos”. Então, o aspecto ético mais evidente neste estudo e ponto fundamental no trabalho em enfermagem e saúde, em nosso ponto de vista, foi o compromisso e a atitude profissional requeridos nesta

prática educativa participativa. O compromisso de respeitar o ser humano na sua singularidade, liberdade, crenças e valores; o compromisso de acreditar e contribuir para a capacidade que o ser humano tem de compreender e transformar a sua realidade. E a atitude de manter os componentes técnico e humano do cuidado em todo o processo educativo participativo.

O aspecto ético desta prática também está contemplado na relação humana e profissional que requereu atitude de respeito um para com o outro enquanto participantes de um grupo. Questão complexa ao se pensar no poder que o detentor do saber científico acredita ter sobre o saber popular; poder este tão presente e explícito na prática hospitalar. Porém, constatamos neste estudo que a assistência de enfermagem para o autocuidado, por meio da educação participativa, com o idoso hospitalizado e seu familiar acompanhante é possível e factível, na medida em que o profissional faz da sua prática um ato de criação e amor; um processo contínuo de interação entre prática e teoria; uma prática compartilhada, dialogada; uma prática que envolve cidadania e ética.

Apresentamos, a seguir, nossas percepções e reflexões acerca da realidade vivida na implementação desta proposta à luz do marco conceitual desenhado.

Vimos que a hospitalização é um momento atípico na vida do ser humano idoso e seu familiar acompanhante, configurando-se num momento de crises e incertezas, num momento que ameaça sua segurança e integridade física, interferindo em toda a família, inclusive. Segundo Alvarez (2001, p.152), a pessoa idosa e seu familiar cuidador relatam a experiência da hospitalização como “uma prova de força e enfrentamento”. Esta autora nos apresenta depoimentos de familiares acompanhantes de idosos hospitalizados que codificam as funções do acompanhante no hospital, suas impressões sobre a assistência de

enfermagem e o funcionamento do hospital e o desconforto das instalações hospitalares para o acompanhante.

Percebemos no desenvolvimento da ação educativa grupal que o paciente idoso e seu familiar acompanhante possuem jeitos próprios de perceber e compreender o momento da hospitalização, da doença, enfim as suas próprias vidas. Esperávamos encontrar nos grupos muitas perguntas acerca da doença, do modo de tratar e cuidar, do modo de lidar em casa. No entanto, essa não foi a abordagem mais enfática. Certamente houve questionamentos acerca disto, porém não foi o prioritário. As questões foram mais gerais, algumas relacionadas à cidadania, quando por exemplo discutimos o momento da hospitalização, enquanto realidade concreta para todos os participantes, na qual tantos questionamentos e sugestões acerca das normas da Instituição, dos direitos do cliente e outros aspectos foram abordados.

O grupo, enquanto espaço de discussão e, portanto, momento de educação participativa em saúde, configurou-se inclusive num espaço terapêutico, no qual os participantes procuraram expor seus sentimentos, os sintomas referentes à condição de saúde-doença, enfim àquilo que fazia parte das suas percepções. Os participantes percorreram um caminho de trocas, reflexões, conhecimento do novo, questionamento da realidade, até chegar numa tomada de consciência. Pensamos que a grande contribuição dessa prática está na reflexão que, possivelmente, foi para além do momento do encontro grupal, quando cada participante, como solo fértil, permitiu germinar e frutificar as novas tomadas de consciência no seu viver diário mais saudável. Ou seja, a possibilidade de mobilizar o ser humano idoso e a família para comportamentos que resultam em independência, interdependência e autonomia no seu viver diário.

Nossa pretensão não foi a de definir mudanças de atitudes e comportamentos, pois entendemos que cada participante tem um percurso próprio e não estático no grupo, isto se refere à singularidade do indivíduo e à sua liberdade de escolher seus próprios caminhos.

A concepção de educação participativa de Freire fundamentou esta prática na medida em que o grupo de ação educativa participativa se concretizou como um espaço no qual as pessoas foram co-participes do processo de educação em saúde, auto-geradoras da aprendizagem e numa relação horizontal e dialógica compartilharam novos saberes e novas tomadas de consciência. “Afinal, minha presença no mundo não é a de quem a ele se adapta mas a de quem nele se insere. É a posição de quem luta para não ser apenas objeto, mas sujeito também da História” (FREIRE, 2000, p.60).

Considerando os conceitos adotados no marco conceitual passamos a discutí-los, apresentando falas dos participantes nos vários momentos grupais que se referem a esses conceitos. Apesar de discutidos separadamente, eles estão relacionados entre si, coexistem e permeiam a fala dos participantes e a vivência grupal, em todos os seus momentos, de modo inter-relacional e interdependente.

❖ Ser Humano: Pessoa Idosa, Familiar Cuidador, Enfermeira

O conceito de ser humano que adotamos no marco conceitual é mais que um ideal teórico ou utópico. É um ser humano concreto e real, um ser singular e em construção permanente. Realmente, encontramos nesta prática assistencial pessoas idosas e familiares capazes de pensar e compreender suas realidades, capazes de agir conforme suas vontades, seres cuidadores e afetuosos entre si. Assim vejamos:

...eu acho que essa vida só tem valor se acabar em alguma coisa. Alguma coisa que você fez, alguma coisa que você participou. Alguma coisa que você ajudou, que você fez pra alguém, aí que é importante, a gente tá preparado pra velhice. (W, 57 anos)

Então percebemos que nosso conceito idealizado é, na verdade, concreto e real. Encontramos um ser, que acreditamos ser humano no sentido mais amplo da palavra, extremamente generoso e afetuoso com o outro, rico de experiências e sedento por compartilhá-las, reflexivo e crítico de sua realidade, ora acomodado e ora agente transformador. Aparecendo nas seguintes falas:

Eu nunca me entreguei, desde o dia que estou internado eu me senti melhor, se olhar pra trás sempre tem um pior que eu, eu sempre achei que eu sou melhor, isso aí, eu passo essa força, essa energia de nunca me entregar... Ontem eu estive conversando com meus filhos e disse que a melhor coisa que tem na vida do ser humano é respeitar os outros, isso eu ensinei pra eles, e aqui dentro eu aprendi coisas assim, do ser humano, que a gente tem que respeitar mais ainda... Eu penso que a gente não é nada, a gente é uma sementinha qualquer, mas se a gente se unir mais um ao outro... tem mais força... (E, 55 anos)

É importante reclamar, mas tem que ser pra pessoa certa. (W, 57 anos)

Este ser livre em seus pensamentos encontra sua liberdade tolhida dentro das instituições de saúde, durante o evento da hospitalização. Neste momento, também se fragiliza e, numa atitude aparentemente passiva, se entrega aos cuidados do sistema de saúde, construído ou imposto ao longo da história. Conforme vemos no depoimento abaixo:

Quando a gente não pode ter muito, tem que ficar satisfeito com aquele pouco que é recebido. (Ed, 62 anos)

É como se incorporasse o significado do nome que lhe dão: paciente. A doença que ameaça seu bem maior, a vida, paralisa seu viver diário, afasta-o do seu ambiente natural, retira-o do seu cotidiano, e também causa-lhe temor e pavor frente ao desconhecido. A institucionalização o torna um número de prontuário, uma patologia com nomes e significados científicos que fogem do seu saber popular, uma ameaça à sua privacidade e individualidade, uma ruptura abrupta com o trabalho e a vida social. Ao mesmo tempo em que representa uma esperança de salvação, dando-lhe a oportunidade de retornar e continuar o seu viver, como podemos observar na fala dessa pessoa idosa:

Pois é, estou aqui, nesse local internado, nessa casa, nesse hospital pra ver se conseguimos mais vida pra frente. Às vezes parece que está no fim, mas, às vezes não é que tá no fim, então a gente fica melhor ? (H, 63 anos)

É, pois, neste momento que a presença da família, que também apresenta estes sentimentos e percepções frente ao evento da hospitalização, serve de aconchego, de porto seguro e referência para o enfrentamento da situação de saúde-doença. Como vemos na expressão desses dois participantes:

A visita é o melhor remédio, melhor do que qualquer médico. (Val, 55anos)

Tá certo, as enfermeiras são muito bacanas, tá todo mundo ali com a gente. Mas, estando a família, é mais confortável...o interessante é que tá do lado do doente dele cuidando. (Sil, 62 anos)

Mesmo que a história familiar seja de desafetos, ainda assim é nela que o ser humano deseja e tenta buscar apoio. Percebemos que os familiares não medem esforços para estar junto e compartilhar ou auxiliar neste momento. Observemos a fala dessa esposa:

Eu achava, que como era o hospital da Universidade, não podia, só visita, não podia acompanhante, apesar que você não tem cama especial. Porque não pode ter pra todo mundo. É para os doentes, não para os que estão com saúde. (Ed, 62 anos)

Assim, notamos que a figura da família cuidadora se evidencia segundo o maior ou menor grau de dependência apresentado pelo familiar idoso, demonstrando a interdependência existente entre os membros do grupo familiar.

A atitude profissional e o modo de cuidar é fator que pode amenizar, ou contribuir para perpetuar e agravar a condição de paciente e o estado de temor em que se encontram o ser humano hospitalizado e sua família. Esta mesma atitude profissional tem uma segunda opção de cuidado, que é o caminho trilhado e compartilhado com estes seres que buscam serviço de saúde com qualidade técnica e humana, é o caminho da transformação. Isso também é percebido pela pessoa idosa que, contando sua história, faz reflexões e nos diz como quer ser cuidado e se autocuidar.

Eu já fui interno várias vezes,... nas primeiras vezes causa pavor, causa medo, por a gente não ter orientação do que é um hospital por exemplo, o que vai acontecer no hospital.

Dependendo do hospital, conforme o tempo, conforme o pessoal, eles não dão aquela orientação. Não dão aquela recepção calorosa. Não dão aquela tranquilidade. Aqui é bom, aqui você é bem atendido, você vai ter os seus direitos, você vai poder reclamar..(W, 57 anos)

Eu já vi muita gente, às vezes companheiros de quarto: - Ah, mas eu não vou reclamar, será que eles não vão mandar-me embora? Será que eles não vão ficar bravos comigo se eu reclamar que a comida não tá boa? - Pode e deve, é uma maneira de você mudar, ...Não mudar pra reclamar, só pra fazer caso, reclamar com direitos. Você tem direitos e obrigações. (W, 57 anos)

Tem que orientar, mostrar para o povo que pode. (W, 57 anos)

É, pois, no grupo de discussão, numa perspectiva de educação participativa, que o cuidado de enfermagem prestado com o ser humano idoso e seu familiar acompanhante rompe com a realidade mitificada acerca do poder conferido ao saber científico. Assim vejamos a fala desse participante:

Eu to discutindo coisas que estavam trancadas dentro de mim, eu queria falar com alguém que me entendesse. Sobre o que eu sinto. E que me dê conselho: não faz isso, faz assim, faz assado, se estou certo ou errado. (P, 55 anos)

Nesta forma de cuidar, o cliente deixa de ser paciente e passa a ser um agente do autocuidado capaz de exercer sua autonomia, conforme suas próprias vontades e capacidade.

❖ Processo Saúde-Doença e Envelhecimento

A condição de saúde humana pode ser vista pelo menos em duas dimensões: a individual e a coletiva. Entretanto, não é possível separá-las no ser humano. São vivenciadas de modo dinâmico e interativo, são interdependentes e complementares. Como segue no diálogo entre a pessoa idosa e o familiar:

...cada um deve ter o capricho de se cuidar... (Oz, 63 anos)

...mas sozinho é difícil de conseguir as coisas... (EO, 60 anos)

Esses aspectos foram evidenciados nos grupos de discussão, nos quais os participantes trocaram experiências individuais, as quais foram processadas coletivamente no espaço grupal.

O conceito de saúde, que inclui aspectos físicos, psicológicos, interpessoais e sociais, ficou demonstrado no grupo por meio do desvelamento da realidade individual e coletiva discutidas e, quem sabe, transformadas frente às sensações de bem-estar/mal-estar e satisfação/insatisfação com a vida e o mundo. Esses aspectos são assim evidenciados:

...beber e fumar faz envelhecer mais rápido...acho que adoeci por causa dos exageros...

(Re, 45 anos)

*...o importante é tomar a decisão de viver bem e sem vícios...mesmo que precise de ajuda,
mas a primeira decisão é da pessoa...é um capricho. (G, 50 anos)*

A própria condição de hospitalização e doença, experienciada pelas pessoas idosas e pelos familiares acompanhantes, foi ultrapassada na medida em que houve o compartilhar essa realidade e o vislumbrar novas possibilidades. Observamos nas seguintes falas que, na verdade, sentir-se saudável ou doente é percepção extremamente subjetiva e individual, mesmo considerando os aspectos físicos.

*Tenho feito tudo que me é recomendado fazer...mas continua...eu acho que está um
pouquinho pior. (P, 55 anos)*

*Esta é a oitava vez...entro aqui fraco, magro e saio daqui sempre gordo, sempre forte, saio
bem. A minha doença é que não me deixa curado, a minha doença é crônica. (P, 55 anos)*

*Porque a doutora me falou que a doença está estacionada, não melhorei, nem piorei. Mas
às vezes eu penso que eu não vou conseguir. Não vou conseguir mais me curar. (P)*

A percepção da condição de saúde-doença parece estar relacionada com a capacidade de enfrentamento e com a condição de independência e autonomia do ser humano.

❖ Sociedade/Ambiente

O ambiente, espaço de viver, influenciando e sendo influenciado por seus ocupantes, é local de experiências e trocas para o ser humano. No qual, ele livremente interfere conforme suas crenças e valores, conscientemente ou não, e inevitavelmente transforma a sua realidade individual e a coletiva.

O ambiente dessa prática assistencial foi o *Grupo Aqui e Agora*. Este foi influenciado por ambientes coexistentes, quais sejam, o hospitalar, o familiar e o próprio ambiente interno de cada participante. A família apareceu como o local mais importante de suporte e retroalimentação no processo de enfrentamento nas diversas circunstâncias do adoecer, do envelhecer, enfim do viver. Assim expressado por esses participantes:

A única coisa que eu ouço a doutora dizer pra mim, é que a minha doença está estacionada. E eu acho que com a idade que eu tenho, eu poderia trabalhar mais um pouco... ainda mais agora que eu tenho uma neta, minha neta tem um ano...E eu acho que com 55 anos de idade não é pra eu me entregar ainda. Posso estar perdendo a batalha.

Mas, não perdi a guerra ainda. (P, 55 anos)

Depois que a gente toma cassetada, a gente vai aprendendo... nunca sabe tudo, pensa que sabe, cada dia que a gente acorda é mais um dia que a gente aprende. Por isso, com esses 55 anos...eu aprendi muita coisa. Sempre dei o maior valor à vida, e gosto da minha vida pra caramba, tem um valor imenso. Eu tenho uma família que é a coisa mais completa...

Nesses 15 dias de hospital, aprendi mais coisas ainda. (E, 55 anos)

No ambiente hospitalar e no contexto da hospitalização aparecem elementos que contribuem ou não para o desenvolvimento de habilidades e modos de enfrentamentos do ser humano idoso internado e seu familiar acompanhante no seu processo de viver e conviver com saúde-doença. Este ambiente interferiu na capacidade de autocuidado do cliente, ora reconhecendo e ajudando na sua autonomia e independência, ora mantendo seu estado de paciente anônimo e passivo.

❖ Enfermagem: Cuidado/Autocuidado, Educação Participativa

O conceito de enfermagem, que acreditamos e construímos nesta prática assistencial, inclui dois subconceitos que ampliam e dão significado ao cuidado técnico e humano desenvolvido com a pessoa idosa e seu familiar acompanhante. Referimo-nos ao cuidado/ autocuidado e à educação participativa em saúde, sendo estes elementos essenciais nas ações de enfermagem. Fica claro nas avaliações feitas pelos participantes dos grupos, a importância desse modo de cuidar em enfermagem, como vemos na seguinte fala:

...acho até que devia ter feito isso há muito mais tempo, o tempo que eu tava ali deitado, sem fazer nada. Pra mim foi muito proveitoso. (P, 55 anos)

O exercício da enfermagem, ciência e arte, requer além do conhecimento técnico e humano, o compromisso de uma postura que envolve cidadania e ética. O profissional, o qual não está livre de suas crenças e valores, imprime características próprias no seu fazer diário, personaliza o cuidado que presta e compartilha-o com o ser humano idoso e seu familiar acompanhante. Então, ao vermos as falas a seguir, podemos

compreender que a relação enfermeira-cliente deve ser permeada de respeito ao outro, a fim de que o cuidado-autocuidado atenda ao cliente conforme suas próprias necessidades.

Mas é engraçado, eu gosto de me internar aqui... Então o fato de você ser internado e confiar no hospital, confiar aqui no pessoal que tá atendendo, te deixa tranquilo. (W, 57 anos)

É conversando que a gente se entende... (W, 57 anos)

Durante todo o processo de enfermagem, o histórico, o diagnóstico, a ação educativa e a avaliação, essas fases aconteceram num movimento concomitante de ir e vir constante, como se cada etapa comportasse as outras. Confirmamos, na prática, que o cuidado de enfermagem não é feito *para*, mas *com* o cliente. Este cuidado obedece às necessidades do cliente, atinge o cliente, e, acima de tudo, objetiva resultar no maior bem para o cliente, que é o seu entendimento de o que é viver bem, viver com saúde, enfim ser bem cuidado-autocuidado.

A percepção e a capacidade de análise do ser humano idoso e seu familiar acompanhante em definir sua necessidade e avaliar o cuidado que recebe do profissional da enfermagem são, muitas vezes, subjugadas e desconsideradas por este profissional, ora nem sequer são ouvidas. Daí perdemos a chance de conhecer, discutir e vislumbrar outras possibilidades que representem um avanço no cuidado de enfermagem.

O cliente percebe e compreende as diversas situações no ambiente hospitalar que o levam a pensar criticamente o cuidado que recebe; enxergando desde as dificuldades inerentes ao próprio hospital e à política de saúde, passando pela competência e grau de

envolvimento do profissional, ou seja, percebendo que condições de trabalho inadequadas e má vontade ou despreparo são coisas diferenciadas no atendimento. Como podemos ver na seguinte fala:

Também deve compreender que certas coisas que não estão saindo como a gente quer, é devido à dificuldade. (P, 55 anos)

A prática de enfermagem para o autocuidado por meio da educação participativa, possibilitou reconhecer a relação dialógica e horizontal como um modo de atender ao cliente na sua necessidade de autonomia e independência, como um modo de reconhecer os sujeitos da ação de enfermagem, como um modo de utilizar e compartilhar o conhecimento científico e popular para a sua transformação em ações que viabilizam um viver melhor.

Ressaltamos na fala a seguir, a avaliação final de uma pessoa idosa participante que, no nosso entendimento, contempla as avaliações de outros participantes em relação a essa prática assistencial:

Esse encontro foi muito bom, muito proveitoso, muito amigável, a gente pôde chegar mais perto... Se as pessoas chegassem mais perto, se sentissem mais humanos. Discutimos aqui vários assuntos, várias coisas. Tudo interessante... E o simples fato de trazer a gente aqui nesse grupinho...isso é bom. Tem mais amor. Isso é muito importante na vida... Valeu a pena a gente se encontrar... (W, 57 anos)

Constatamos que o marco conceitual proposto para essa prática assistencial ajudou a guiar a prática; é, portanto, possível e factível, na medida em que enfermeira e cliente estabelecem uma relação dialógica e horizontal, na qual o respeito ao outro permeia todos os momentos dessa relação. É também possível e factível, pois não requer qualquer tipo de investimento financeiro ou material, nem sequer mudanças no ambiente físico ou investimentos em tecnologia e equipamentos. Requer, entretanto, a atitude e o compromisso da enfermeira de se despojar da postura vertical e unilateral que permeia a prática tradicional centrada no profissional e na doença, e não no cliente, para então utilizar esse marco conceitual na sua prática cotidiana.

VII REFLEXÕES FINAIS

“A natureza fixa os limites convenientes da vida como de qualquer outra coisa. Quanto à velhice, em suma, ela é a cena final dessa peça que constitui a existência. Se estamos fatigados dela, então partamos, sobretudo se estamos saciados.”
(CÍCERO, 2001).

O presente estudo se refere a uma prática assistencial, desenvolvida no *Grupo Aqui e Agora*, baseada em enfermagem para o autocuidado, com ênfase em ação educativa participativa, junto ao idoso hospitalizado e seu familiar acompanhante.

A questão norteadora desse estudo foi saber de que forma a ação educativa de enfermagem despertaria na pessoa idosa e família a percepção e a compreensão do autocuidado como essencial à manutenção de uma vida ativa e autônoma, e com qualidade ao longo do processo de viver envelhecendo em quaisquer circunstâncias de saúde-doença. Para isso, buscamos em Orem e Freire o conhecimento necessário para a elaboração de um marco conceitual que guiasse a prática assistencial operacionalizada por meio de aplicação do processo de enfermagem.

A metodologia utilizada se configurou numa nova tecnologia, na qual o autocuidado e a educação participativa foram meios ou estratégias para o idoso hospitalizado e seu familiar cuidador desenvolver a competência para a autonomia por eles desejada, ou seja, serem cidadãos.

Vimos que o processo de ação educativa participativa, enquanto modo de discutir, refletir e fazer emergir novas tomadas de consciência, vislumbra uma forma renovada de prática de enfermagem. Prática essa, compartilhada, dialogada e construída com os sujeitos do cuidado e autocuidado – o idoso hospitalizado e seu familiar acompanhante.

Verificamos que o trabalho de grupo é possível e factível no ambiente hospitalar, que mobiliza nos participantes novas tomadas de consciência, as quais podem provocar mudanças de atitude e comportamento para um viver envelhecendo mais saudável, conforme a percepção e a vontade dos mesmos.

Desenhar e trabalhar uma metodologia nova e diferenciada do cotidiano hospitalar no qual estávamos inseridas, principalmente no que se refere ao trabalho de grupo, foi um dos desafios. Porém esse não se configurou em obstáculo, mas em alimento que sustentou e deu sentido a essa trajetória percorrida, e que despertou o senso de oportunidade para potencializar os recursos disponíveis.

Desde a seleção para o curso de mestrado, muitos acontecimentos na vida profissional e acadêmica acenderam uma nova chama e deram um novo sentido à percepção que temos do cotidiano hospitalar. Percebemos que se abriram novas perspectivas, na medida que fomos questionando a realidade e vislumbrando outras possibilidades para a prática de cuidar em enfermagem. Neste caso, o caminho de estarmos atentas ao que parecia óbvio e normal, e de não nos acomodarmos frente às normas e rotinas institucionalizadas, pareceu-nos o mais acertado. Foi, e continuará sendo, o caminho da busca.

Pensamos que esse estudo poderá contribuir para reavaliar e reforçar o modelo de assistência de enfermagem já existente na Instituição, promovendo maior interação entre

a equipe de enfermagem, o idoso hospitalizado e seu familiar cuidador. Esse modo de cuidar/autocuidar poderá, inclusive, expandir-se entre os outros profissionais da equipe de saúde, indo além da perspectiva geronto-geriátrica aqui vivenciada.

Muitas foram as sugestões advindas dos participantes dos *Grupos Aqui e Agora* para a revisão de normas e rotinas institucionalizadas, bem como, muitas foram as reflexões acerca de como os participantes desse estudo gostariam de ser cuidados e de se autocuidarem. Portanto, é primordial que a equipe de enfermagem e de saúde considere o ambiente hospitalar como um local também de educação em saúde, de modo participativo, no qual o idoso doente e fragilizado e sua família buscam por cuidado técnico e humano, por cuidado holístico e ético.

Considerando os resultados obtidos com os *Grupos Aqui e Agora*, sugerimos que os docentes estimulem os alunos para o desenvolvimento de projetos que ampliem o modo de cuidar no hospital, bem como para a atuação profissional em saúde numa perspectiva dialógica e reflexiva, numa prática compartilhada com os sujeitos da ação – a pessoa hospitalizada e sua família.

Ao final desse estudo sabemos que ele não se esgota em si mesmo, nem acaba aqui. Porém, este é o começo para, com um novo olhar mais crítico, reflexivo e aproveitando as novas perspectivas apontadas neste estudo, desenvolver uma prática assistencial de enfermagem que contemple a especificidade do ser humano idoso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALTHOFF, C. R.; ELSEN, I; LAURINDO, A. C. Família: o foco de cuidado na enfermagem. **Rev. Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.7, n.2, p.320-327, 1998.

ALVAREZ, A. M. **Tendo que cuidar: a vivência do idoso e sua família cuidadora no processo de cuidar e ser cuidado em contexto domiciliar**. Florianópolis: UFSC/ Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2001. (Teses em Enfermagem).

ALVAREZ, A. M. **Identificação das exigências de autocuidado terapêutico em mulheres idosas e de sua competência para satisfazê-las**. 1990. 137f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

ANDRADE, O.G. **Suporte ao sistema de cuidado familiar do idoso com acidente vascular cerebral a partir de uma perspectiva holística de saúde**. 2001. 224f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade do Estado de São Paulo - Ribeirão Preto, São Paulo.

BAINES, E.M.; OGLESBY, F.M. The elderly as caregivers of the elderly. **Holistic Nurse Pract**, v.7, n.1, p.61-69, 1992.

BORN, T. Cuidado ao idoso em instituição. In: PAPALEO NETTO, M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo : Atheneu, 1996. p.403-414.

BOUTIQUE, N.C.; SANTOS, R.L.A. Aspectos sócioeconômicos do envelhecimento. In: PAPALEO NETTO, M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo : Atheneu, 1996. p.82-91.

BRASIL. Constituição 1988 : texto constitucional de 5 de outubro de 1988 com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nº 1/92 a 19/98 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nº 1 a 6/94. Brasília : Senado Federal, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde do Idoso. Brasília, 1999.

BUDÓ, M.L.D. Cuidando e sendo cuidado: um modelo cultural de suporte à saúde em comunidade rural de descendentes de imigrantes italianos. 1994. Dissertação (Mestrado em Extensão Rural) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria.

CALDAS, C. P. (org.). A saúde do idoso: a arte de cuidar. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 1998.

CARDOSO, V.; GONÇALVES, L.H.T. Qualidade de vida de pacientes geriátricos ambulatoriais portadores de multipatologias crônicas. **Revista Cien Saúde**, Florianópolis, v.17, n.2, p.148-164, 1998.

_____. Instrumentos de avaliação da autonomia no desempenho das atividades da vida diária do cliente idoso. **Arquivos Catarinense de Medicina**, v.24, n.4, p. 21-47, 1996.

CARLETTI, S.M.M.; REJANI, M.I. Atenção domiciliária ao paciente idoso. In: **PAPALEO NETTO, M. Gerontologia:** a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo : Atheneu, 1996. p.415-430.

CARVALHO FILHO, E.T.C. Fisiologia do envelhecimento. In: **PAPALEO NETTO, M. Gerontologia:** a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo : Atheneu, 1996. p.60-70.

CASTELLANOS, B. E. P. Teoria do autocuidado de Dorothea Orem. IN: **CAMPEDELLI, M. C.(org.). Processo de enfermagem na prática.** São Paulo: Ática, 1989. p.43-56.

CASTILHO, A. A dinâmica do trabalho de grupo. Rio de Janeiro: Qualitymark Ed., 1998.

CHIOVATTO, J. Reabilitação em Geriatria. In: **PAPALEO NETTO, M. Gerontologia:** a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo : Atheneu, 1996, p.324-330.

CÍCERO, M. T. **Saber Envelhecer e a amizade**. Tradução de Paulo Neves. Porto Alegre: L&PM, 2001. (Coleção L&PM Pocket)

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. **Cadernos de Ética em Pesquisa**, Brasília, v. 1, n. 1, p. 34-42, jul., 1998.

CREUTZBERG, M. **Vivências de famílias de classe popular cuidadoras de pessoa idosa fragilizada**: subsídios para o cuidado de enfermagem domiciliar. 2000. 195f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

DUTRA, S.M.C. **Crescer envelhecendo ou envelhecer crescendo?** Disponível em : <http://www.geocities.com/Athens/Delphi/7256/crescer.html>. Acesso em : 22 de out. 1999.

ELSEN, I. Desafios da enfermagem no cuidado de famílias. In: ELSEN, I. et al. **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: UFSC, 1994. p.61-77.

_____. Saúde familiar: a trajetória de um grupo. In: ELSEN, I. et al. **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: UFSC, 1994. p.19-60.

ENVELHECIMENTO. Ministério da Saúde. Programa de Educação em Saúde. Brasília, 1999. 1 videocassete (13 min.) VHS, son, color.

FELGAR, J.A.S. uma expressão da linguagem numérica. In: KARSCH, U.M.S.(org.). **Envelhecimento com dependência**: revelando cuidadores. São Paulo: EDUC,1998. p.47-85.

FERNANDES, M.G.M. Avaliação da capacidade funcional em idosos. **Nursing**, v. 2, n.13, p.26-29, 1999.

FOSTER, P.C.; BENNETT, A .M. Dorothea E. Orem. In: GEORGE, J. B. (Colab.). **Teorias de enfermagem**: os fundamentos à prática profissional. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000. p.83-101.

FRANCO, M. C. **Situação do familiar que acompanha um paciente adulto internado em hospital geral**. 1988.182f. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 15. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

_____. **Pedagogia do Oprimido**. 27. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

GATTO, I. B. Aspectos psicológicos do envelhecimento. In: PAPAEO NETTO, M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo : Atheneu, 1996. p.109-113.

GEORGE, J. B. (Colab.). **Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

GIVEN, B.A.; GIVEN, C.W. Family caregiving for the elderly. **Annual Review of Nursing Research**. New York, v.9, cap.4, p.77-101, 1991.

GONÇALVES, L.H.T; ALVAREZ, A.M.; SANTOS, S.M.A. Os cuidadores leigos de pessoas idosas. In: DUARTE, Y.A.O.; DIOGO, M.J.D'E. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo : Atheneu, 2000. p.102-110.

GONÇALVES, L.H.T; LIMA, M.G.O.; SCHIER, J. O acompanhante do idoso hospitalizado -um cliente e parceiro da enfermagem. **Texto & Contexto-Enfermagem**. v.6, n.2, p.387, maio/ag., 1997.

GONÇALVES, L.H.T; SILVA, Y.F.; PFEIFFER, S.A. A enfermeira e o cuidador da pessoa idosa no contexto domiciliar. **Texto & Contexto-Enfermagem**. v.6, n.2, p.391, maio/ago., 1997.

_____. O cuidado do idoso fragilizado e de seus cuidadores no contexto domiciliar. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.1, n.2, p.39-47, 1996.

GONÇALVES, L. H. T.; SANTOS, L. C.; SILVA, Y. F. Ser ou estar saudável na velhice. **R. Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.1, n.2, p.100-113. 1992.

HORTA, W.A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU: Ed. Universidade de São Paulo, 1979.

IBGE. Censo Demográfico de 1991. Rio de Janeiro: 1992.

IBGE. Síntese de indicadores sociais 2000. Rio de Janeiro: IBGE, 2001.

JACOB FILHO, W. Envelhecimento e atendimento domiciliário. In: DUARTE, Y.A.O.; DIOGO, M.J.D'E. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo : Atheneu, 2000. p.19-26.

KARSCH, U.M.S.(org.). **Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores**. São Paulo: EDUC,1998.

LANGE, Celmira. **Os significados de autocuidado segundo as enfermeiras**. 1997. 97f. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

LEME, L.E.G.; SILVA, P.S.C.P. O idoso e a família. In: PAPALEO NETTO, M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo : Atheneu, 1996. p.92-97.

LIMA, J.A.P. **Ser idoso: que mudança, que adaptação**. *Nursing*, v. 10, n.113, p.28, 1997. (ed. Portuguesa).

MARCELINO, S.M.R. **Cuidado domiciliar: reflexões sobre a convivência entre enfermeira, cuidador domiciliar e portadores de câncer avançado**. 2000. 130f. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

MEDEIROS, S.A.R. et al. as trajetórias de vida dos cuidadores principais. In: KARSCH, U.M.S.(org.). **Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores**. São Paulo: EDUC,1998. p.87-145.

MERCADANTE, E. Aspectos antropológicos do envelhecimento. In: PAPALEO NETTO, M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1996. p.73-76.

MIRANDA, L.F.A. **Terceira idade: Que realidade? Que futuro?** *Nursing*, v.9, n.101, p.12-13 (edição portuguesa), ano9, 1996.

NUNES, A .M.P. **Desenvolvimento de um instrumento para identificação da competência do diabético para o autocuidado.** 1982. 142f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

OREM, D. E. **Nursing Concepts of Practice.** 3. ed. New York, Mc Graw-Hill, 1985.

_____. **Nursing Concepts of Practice.** 4. ed. St Louis: Mosby Year Book, 1991.

PAPALEO NETTO, M.; PONTE, J.R. Envelhecimento: desafio na transição do século. In: PAPALEO NETTO, M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada.** São Paulo : Atheneu, 1996. p.3-12.

PASCHOAL, S. M .P. Autonomia e Independência. In: PAPALEO NETTO, M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada.** São Paulo : Atheneu, 1996. p.313-323.

PORTELLA, M. R. **Cuidar para um envelhecer saudável: a construção de um processo educativo com mulheres de uma comunidade rural de Passo Fundo/RS.** 1998.125f. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem)- Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

RAMOS, L.R. A explosão demográfica da terceira idade no Brasil: uma questão de saúde pública. *Gerontologia*, São Paulo, v. 1, n.1, p.3-8, 1993.

REBOK, G.W.; GALLO, J.J. O envelhecimento bem-sucedido: otimizando as estratégias para a assistência primária em geriatria. In: REICHEL, W. **Assistência ao Idoso: aspectos clínicos do envelhecimento.** 5. ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2001. p. 465-471.

RODRIGUES, R.A.P.; CASAGRANDE, L.D.R. Atividade educativa com as idosas que tiveram queda e seus cuidadores: atuação da enfermeira geriátrica no domicílio. *ACTA Paulista de Enfermagem*. São Paulo, v.9, n.1, p.80-91, 1996.

SAUPE, R. **Educação em Enfermagem.** Florianópolis: UFSC, 1998.

SAUPE, R., BRITO, V. H.; GIORGI, M. D. S. Utilizando as concepções do educador Paulo Freire e agir da enfermagem. IN: SAUPE, R. **Educação em Enfermagem**. Florianópolis: UFSC, 1998. p. 242-273.

SORDI, M. R.L.. **A prática de avaliação do ensino superior: uma experiência na enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1995.

SOUZA, R.C., DIAS, A.; SCATENA, M.C.M. Reabilitação: uma análise do conceito. *Nursing*. v,4, n.34, p.26-30, 2001.

STEVENSON, J. S.; GONÇALVES, L. H. T.; ALVAREZ, A.M. O cuidado e a especificidade da enfermagem geriátrica e gerontológica. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v.6, n.2, p.33-50, 1997.

TABAGISMO. Ministério da Saúde. Programa de Educação em Saúde. Brasília, 1999. 1 vidiocassete (13 min.) VHS, son, color.

TAGLIARI, M. H. **Transpondo limites e identificando possibilidades na prática educativa cuidativa com famílias**. 2001. 95p. Relatório da Prática Assistencial (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

TEIXEIRA, M.C.T.V. **Representações sociais sobre a saúde-doença na velhice: um diagnóstico psicossocial na rede básica de saúde**. 1999. 243f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Hospital Universitário. **Relatório 1999**. Disponível em : <<http://www.hu.ufsc.br>>. Acesso em : agosto de 2001.

YUASO, D.R.; SGUIZZATTO, G.T. fisioterapia em pacientes idosos. In: PAPALETTO, M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1996. p.331-347.

ANEXOS

**ANEXO A – Padrões de Assistência de Enfermagem Relacionados com as
Necessidades Psicossociais -HU/UFSC**

Universidade Federal de Santa Catarina

Hospital Universitário

Sub-Diretoria de Enfermagem

Documentos Básicos

Novembro – 1980

- 184 – ouvir o paciente e/ou familiares com atenção e estimulá-los a externar suas dúvidas, queixas, medos, anseios, inseguranças etc.
- 185 – manter o paciente e/ou familiares informados quanto à evolução dos problemas
- 186 – avisar a família, quando possível, em caso de agravamento das condições de saúde do paciente internado
- 187 – permitir acompanhante ao paciente de acordo com a necessidade
- 188 – respeitar os hábitos e costumes do paciente, dentro das possibilidades
- 189 – estimular a participação do paciente e/ou familiares na execução dos cuidados de enfermagem e/ou tratamento, em atividades recreativas e na aprendizagem individual e/ou em grupo
- 190 – preparar o paciente para o seu autocuidado, promovendo a sua independência e respeitando as suas limitações e/ou capacidades
- 191 – planejar, gradativamente, as orientações para a alta, de acordo com a necessidade de cada paciente
- 192 – orientar e/ou supervisionar quanto:
 - às dúvidas, incertezas, inseguranças etc.
 - aos problemas e a sua evolução, quanto aos medicamentos, exames, tratamentos etc.
 - à possibilidade de permanecer acompanhante, se indicado, e as atribuições do mesmo junto ao paciente e ao setor
 - à participação na execução dos cuidados, nas atividades recreativas, nas atividades de ensino e aprendizagem, no tratamento etc.

- aos recursos disponíveis na comunidade
- à necessidade e importância dos exames médicos e/ou odontológicos periódicos
- à importância do saneamento básico, higiene da alimentação, higiene da habitação, imunização etc., quando indicado ao desempenho do paciente no seu autocuidado.



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO -
UFSC
DE - DPI - SEM - SEC

“ Sua ajuda é
importante para o
restabelecimento do
paciente.”

Ajude-nos a ajudá-lo



Reestruturado por:

Enfª Marcia Binder Neis

Enfª Maria Terezinha Honório

Com colaboração dos servidores da
Clínica Médica e Clínica Cirúrgica I e II.

Outubro/95

O R I E N T A Ç Õ E S D E I N T E R N A Ç Ã O

A equipe de saúde é constituída
pelos profissionais da área e pelo
próprio paciente.

Procure informar-se sobre sua
doença e seu tratamento para nos a
ajudá-lo.

(José Paulo Drum



ANEXO C – Autorização e Orientações para Acompanhantes do HU/UFSC

AUTORIZAÇÃO

O paciente-----do
quarto nº-----leito-----localizado
no-----andar, tem autorização para
permanecer com 01 (um) acompanhante
no período de -----das -----às-----
-horas.

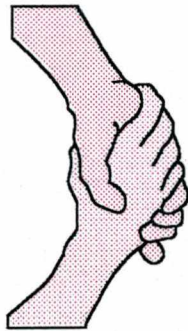
Fpolis, ----de-----de 200-----.

Enfermeira Responsável

O R I E N T A Ç Õ E S P A R A
A C O M P A N H A N T E S

“ Sua ajuda é importante
para o restabelecimento
do paciente.”

Ajude-nos a ajudá-lo

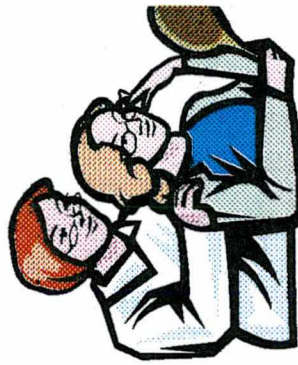


Elaborado e reestruturado por:
Enfª Maria Terezinha Honório
Enfª Marcia Binder Neis
Com colaboração dos servidores da
Unidade de Internação Cirúrgica I e II.

A comunicação é difícil em todos
hospitais

O acompanhante pode facilitá-la,
modo informativo e afetivo, ligand
mais o paciente com a equipe de
enfermagem

(José Carlos Drummond)



“ Sua ajuda é importante para o restabelecimento do paciente.”

Ajude-nos a ajudá-lo



Reestruturado por:

Enfª Marcia Binder Neis

Enfª Maria Terezinha Honório

Com colaboração dos servidores da
Clínica Médica e Clínica Cirúrgica I e II.

Outubro/95

O R I E N T A Ç Õ E S D E I N T E R N A Ç Ã O



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO –
UFSC
DE – DPI – SEM - SEC

A equipe de saúde é constituída
pelos profissionais da área e pelo
próprio paciente.

Procure informar-se sobre sua
doença e seu tratamento para nos a
ajudá-lo.

(José Paulo Drum



O Hospital Universitário (HU) pertence a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), e tem como objetivo cuidar da saúde da população e formar profissionais da área.

Estas orientações são para facilitar a comunicação, auxiliar na recuperação do seu ente querido, respeitar a doença dos outros pacientes e ajudar à prestar uma assistência de qualidade.

INFORMAÇÕES GERAIS

1 - É de competência do enfermeiro da seção autorizar, suspender ou ampliar o tempo de permanência do acompanhante (um por vez, podendo ser familiar ou amigo).

Dar-se-á preferência para acompanhantes do mesmo sexo, evitando assim, quaisquer constrangimentos aos demais pacientes que estiverem no mesmo quarto.

2 - O horário de permanência será determinado pelo enfermeiro.

3 O hospital Universitário não dispõe de acomodações para acompanhante, podendo ser oferecido, quando disponível, uma poltrona para descanso.

4 - A permanência de um acompanhante resultará do auxílio que ele prestar ao seu familiar ou amigo, dando-lhe apoio psicológico, ajudando-o na higiene, conforto, refeições, locomoção e eliminações.

5 - Fale baixo no quarto.

6 - Utilize, se necessário, o chuveiro e sanitário do quarto (se for do mesmo sexo do paciente), quando estiver disponível.

7 - Para contatos telefônicos, use o telefone público localizado no corredor, ao lado do elevador.

O telefone da clínica é de uso exclusivo do serviço.

Não será chamado acompanhante para atender telefonemas.

As informações sobre o estado de saúde dos pacientes serão fornecidas pela

8 - Se você for carente de recursos, dirija-se ao Serviço Social pleiteando refeições no hospital.

9 - É expressamente proibido fumar dentro do hospital

10 - Somente a nutricionista poderá autorizar a entrada de alimentação extra para o paciente.

11- Procure trajar-se adequadamente para um ambiente hospitalar.

12- Informações sobre o diagnóstico e tratamento do paciente, deverão ser obtidas diretamente com o médico e repassa]das para os demais familiares.

ANEXO D - Portaria Ministerial nº 280 - 07/04/99 do MS

Publicada no DOU n.º 66-E, pág. n.º 14, Seção I, Em, 08.04.99.

Portaria n.º 280/GM Em, 07 de abril de 1999.

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições, e

Considerando que é de competência dos órgãos e entidades públicas da área da saúde, dentro da Política Nacional do Idoso, prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde desse segmento da população;

considerando o dever de assegurar ao idoso todos os direitos de cidadania, de defesa a sua dignidade, ao seu bem-estar e ao direito à vida, e

considerando que idosos com quadro de agravos à saúde que necessitam de cuidados terapêuticos em nível hospitalar, apresentam melhoria na qualidade de vida quando na presença de familiar, resolve:

Art. 1º - Tornar obrigatório nos hospitais públicos, contratados ou conveniados com o Sistema Único de Saúde – SUS, a viabilização de meios que permitam a presença do acompanhante de pacientes maiores de 60 (sessenta) anos de idade, quando internados.

§ 1º - Fica autorizada ao prestador de serviços a cobrança, de acordo com as tabelas do SUS, das despesas previstas com acompanhante, cabendo ao gestor, a devida formalização desta autorização de cobrança na Autorização de Internação Hospitalar - AIH.

§ 2º - No valor da diária de acompanhante estão incluídos a acomodação adequada e o fornecimento das principais refeições.

Art. 2º - Estabelecer que ficam excetuadas da obrigatoriedade definida no Art. 1º, as internações em Unidade de Tratamento Intensivo, ou nas situações clínicas em que tecnicamente esteja contra-indicada a presença de acompanhante, o que deverá ser formalmente justificado pelo médico assistente.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ SERRA

**ANEXO E – Instrumento Modificado de Avaliação Geronto-geriátrica do
NIPEG/HU/UFSC**

**Instrumento modificado de avaliação geronto-geriátrica do
NIPEG/HU/UFSC - Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa, Ensino e
Assistência Geronto-Geriátrica**

A - IDENTIFICAÇÃO

Data da Avaliação: / /

Nome: _____

Estado Civil Atual : Casado/Unido () Divorciado/Separado ()
Viúvo () Solteiro ()

Data de Nascimento: / / Idade atual:

Profissão/Ocupação: Anterior:

Atual:

Aposentado () Pensionistas ()

Naturalidade: _____ Origem: () rural () urbana

Procedência/Endereço:

Telefone para contato: _____

B - QUESTÕES GERONTOLÓGICAS

1. Com quem mora e idades respectivas? _____

2. Moradia: própria () alugada () cedida () Por quem: _____
outras ()

3. Quem são as pessoas que ajudariam a lhe cuidar em situações de doença ou agravo de saúde?

4. Quem costuma lhe ajudar nas atividades da vida diária? _____

No momento você depende dela? () sim () não.

5. Você tem alguém de confiança para desabafar seus aborrecimentos/contrariedades?
() sim () não. Quem? _____

6. Você ainda ajuda seus familiares? () sim () não.
Como? _____

7. Você participa de alguma associação ou atividades para terceira idades?
Qual? _____

8. O que você espera da vida, enquanto envelhece?

9.a) Que idade gostaria de ter hoje? _____

b) Até que idade gostaria de viver? _____

c) Em comparação com as pessoas da mesma idade, seu estado de saúde atual é:

() pior () igual () melhor

10. Por que procurou o HU? E quem lhe trouxe?

C - HISTÓRICO CLÍNICO (IDOSO)

1. Queixa(s) maior(es) do paciente idoso (na linguagem do paciente ou de seu familiar cuidador).

6 – Faz algum tipo de acompanhamento ambulatorial para a manutenção da saúde?

7. Hospitalizações anteriores: Sim: ☐ Não: ☐

Data	Hospital	Motivo (clínico, cirúrgico, outros)

D- COMPETÊNCIAS PARA O AUTOCUIDADO (IDOSO). Item modificado para o idoso da Escala de Identificação da Competência do Diabético para o Autocuidado (NUNES, 1982).

1. Eu gosto de mim. ()
2. Eu penso primeiro em mim. ()
3. Eu me considero um peso. ()
4. Eu me considero incapaz de ajudar outras pessoas na realização de alguma coisa. ()
5. Eu faço as coisas necessárias para eu envelhecer com saúde. ()
6. Eu tenho vontade de fazer as coisas que me ajudam a manter-me ativo. ()
7. Eu me interesso em aprender sobre o meu envelhecimento. ()
8. Eu não me importo em pedir ajuda sempre que preciso. ()
9. Eu aceito meu envelhecimento nas condições em que me encontro. ()

Responda: (4) sempre
 (3) muitas vezes
 (2) poucas vezes
 (1) nunca

E- IDENTIFICAÇÃO DO FAMILIAR ACOMPANHANTE. Item modificado do formulário do Projeto de Extensão e Pesquisa do Familiar Cuidador (acompanhante hospitalar) de Idosos Portadores de Multipatologias Crônicas com Necessidade Frequente de Atendimento Hospitalar.

1. Nome: _____

2. Estado Civil Atual : Casado/Unido () Divorciado/Separado ()
 Viúvo () Solteiro ()

3 Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Idade atual: _____

4. Profissão/Ocupação: Anterior: _____
Atual: _____

Aposentado () Pensionistas ()

5. Grau de parentesco com o idoso: _____

6. É portador de alguma doença? A que atribui? Faz tratamento?

7. Quem é o cuidador principal do idoso? (nome, posição na família, idade, ocupação/profissão e em que costuma ajudar)

8. Existem outros potenciais cuidadores? (idem pergunta 8)

9. Que tipo de cuidado você presta ao idoso?

10. Fale um pouco sobre a sua função de cuidar de familiar idoso.

11. Você tem estimulado o idoso a autocuidar-se, mesmo que ajudado? Como?

12. O que você pensa sobre o idoso aprender a autocuidar-se?

13. Além do idoso, você cuida de mais alguém?

F- OBSERVAÇÕES E IMPRESSÕES DA ENTREVISTADORA DURANTE A COLETA DE DADOS.

Em: ____ / ____ / ____

Aplicado por: _____

LEGENDA:			
Mentais 01 - coerência 02 - orientação no tempo e espaço 03 - integração social Sensoriais 04 - visão 05 - audição 06 - tato e paladar Corporais 07 - higiene da parte mais alta 08 - higiene da parte mais baixa 09 - vestir a parte mais alta 10 - vestir a parte média 11 - vestir a parte mais baixa 12 - alimentar-se normalmente 13 - alimentar-se com algum recurso 14 - controle urinário 15 - controle intestinal Locomotoras 16 - subir 17 - modo de deslocamento 18 - deslocamento interno 19 - deslocamento externo Sociais domésticas internas 20 - cozinhar 21 - trabalhos domésticos 22 - lidar com utensílios comuns 23 - comunicação Sociais domésticas externas 24 - uso de roupas 25 - compras 26 - visitas 27 - validade social			
	Avaliador: _____ Data: _____	Avaliador: _____ Data: _____	Avaliador: _____ Data: _____

Avaliação:

Sombrear os compartimentos correspondentes do Geronte aos diferentes itens de atividade em cinza e preto respectivamente à perda parcial e total da autonomia. Os compartimentos não sombreados significam autonomia total nas atividades correspondentes.

GUIA INSTRUCIONAL PARA O USO DO MODELO GERONTE

A) O compartimento das atividades mentais subdivide-se em três itens:

- 1 - *Coerência*: avalia-se após uma conversação coloquial, onde deve ser verificada a lógica na colocação das idéias.
- 2 - *Orientação no tempo e no espaço*: é também observado na conversação com perguntas dirigidas com relação ao dia, mês, ano, dia da semana e o local onde se encontra, o que permitirá captar o nível de perda ou não da orientação temporal e espacial.
- 3 - *Integração social*: este item pode melhor ser captado, observando o comportamento do idoso, o tipo de relacionamento com as pessoas.

B) Atividades Sensoriais (3 itens):

- 4 - *Visão*: perguntar se tem problemas. Caso positivo, em que medida dificulta o seu viver diário.
- 5 - *Audição*: perguntar se tem problemas. Caso positivo, em que medida dificulta o seu viver diário.
- 6 - *Tato e paladar*: perguntar quanto à percepção tátil e do paladar, para avaliar o nível de perdas.

C) Atividades Corporais (9 itens).

- 7 - *Higienização das partes altas*: perguntar ou observar durante o banho, o quanto o idoso é autônomo nesta atividade.
- 8 - *Higienização das partes mais baixas*: perguntar ou observar durante o banho, o quanto o idoso é autônomo nesta atividade.
- 9 - *Vestir e arrumar-se na parte mais alta*: perguntar ou observar durante o banho e toalete matinal e noturno, quanto o idoso é autônomo nas atividades. Por exemplo: de vestir camiseta, amarrar cordão, pentear-se, escovar dentes, lavar dentadura, bochechar, barbear no caso do homem e maquiar-se no caso das mulheres, etc.
- 10 - *Vestir e arrumar-se na parte média*: idem às observações do item 9. Exemplo: fechar e abrir zíper, vestir calça, meia calça, etc.
- 11 - *Vestir e arrumar-se na parte mais baixa*: idem às observações do item 9, com exemplos de calçar meia, sapatos, sandálias, chinelos, amarrar cordão de sapatos, fivelar sandálias, etc.
- 12 - *Tomar refeições sem recursos auxiliares*: observar e perguntar ao idoso, sobre o nível de dificuldade no ato de alimentar-se.
- 13 - *Alimentar-se com recursos auxiliares (sonda gástrica, utensílios especiais)*: observar e perguntar ao idoso, sobre o nível de dificuldade no ato de alimentar-se com os recursos auxiliares.
- 14 - *Controle urinário*: observar e perguntar se há problemas. Se sofre de incontinência urinária, qual o nível de manejo em termos de autonomia do idoso para a situação.
- 15 - *Controle intestinal*: observar e perguntar se há problemas, seja incontinência ou constipação. Em caso positivo, verificar o nível de manejo em termos de autonomia do idoso para a situação.

D) Atividades locomotoras (4 itens):

- 16 - *Subir (escada, rampa, morro)*: observar e perguntar ao idoso, o nível de dificuldade no desempenho deste ato.
- 17 - *Deslocamento por meio de recursos auxiliares (bengala, muleta, andador, cadeira de rodas)*: observar e perguntar o nível de dificuldade na locomoção com meios auxiliares.
- 18 - *Deslocamento interno (entre um cômodo e outro da moradia; da cama para a cadeira e mesa; e vice-versa)*: perguntar e observar as dificuldades ou não no desempenho desta atividade.

19 – *Deslocamento externo (fora da moradia)*: perguntar sobre as dificuldades no uso do ônibus, carro, ou como pedestre, na rua (para visitas, consultas, compras e outras necessidades), ou para movimentação fora de casa, quintal ou jardim.

E) Atividades Sociais Internas (4 itens):

20 – *Cozinhar e/ou lavar roupinhas*: observar e perguntar das dificuldades quanto a estas atividades.

21 – *Lidar com trabalhos doméstico/manuais*: idem às observações do item 20.

22 – *Lidar com utensílios comuns na limpeza e arrumação (vassouras, rodo, pano de pó, etc.)*: idem 20.

23 – *Comunicação*: observar e perguntar se há problemas nesta área e quanto dificulta no seu viver diário.

F) Atividades Sociais Domésticas Externas (4 itens):

24 – *Uso de transporte*: perguntar se usa e se tem alguma dificuldade.

25 – *Compras*: perguntar se atualmente sai para fazer suas compras. Se não, por quê? Se sim, com dificuldades?

26 – *Visitas*: perguntar se sai de casa para fazer visitas. Que dificuldades tem para fazer visitas.

27 – *Validez social*: observar pelo comportamento do idoso, e pela sua resposta à pergunta, se sente útil, válido ou que se vê tendo controle de si.

ANEXO G – Solicitação para a Realização do Estudo

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

***O IDOSO HOSPITALIZADO E SEU FAMILIAR ACOMPANHANTE: UMA PROPOSTA
DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PARA O AUTOCUIDADO POR MEIO DA
EDUCAÇÃO PARTICIPATIVA***

MESTRANDA: JORDELINA SCHIER

ORIENTADORA: PROF. DR^a LÚCIA H. T. GONÇALVES

Florianópolis, maio de 2001.

Ilma. Sra.

Na condição de aluna do Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, dirijo-me a Vossa Senhoria a fim de solicitar autorização para desenvolver um estudo sob a forma de Prática Assistencial, junto aos idosos internados na Clínica Médica Masculina II do Hospital Universitário e seus familiares acompanhantes.

Este estudo tem como objetivo desenvolver uma prática assistencial baseada em enfermagem para o autocuidado, com ênfase em ação educativa participativa, junto ao idoso hospitalizado e seu familiar acompanhante.

Será desenvolvido tendo sempre presente o respeito aos princípios éticos de liberdade de participação, garantindo o anonimato e o sigilo, bem como, resguardando todos os sujeitos envolvidos, assim como a Instituição, de quaisquer riscos.

Segue, junto a esta solicitação, uma cópia do projeto do estudo aqui proposto, o qual foi submetido à apreciação das professoras das disciplinas integradas de Prática Assistencial, Educação e Assistência, e Aspectos Éticos da Assistência de Enfermagem do Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem.

Sem mais, subscrevo-me, colocando-me à disposição para maiores esclarecimentos.

Atenciosamente,

Enf Jordelina Schier
Mestranda

Ilma. Sra.
Enf. Prof. Maria Anice da Silva
Diretora de Enfermagem do HU/UFSC

*Recebi em 08/05/01
msilva*

Maria Anice da Silva
Diretora de Enfermagem
COREN/SC 11787/HU/UFSC

ANEXO H – Autorização da Comissão de Ética do HU/UFSC

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
COMISSÃO DE ÉTICA DA ENFERMAGEM

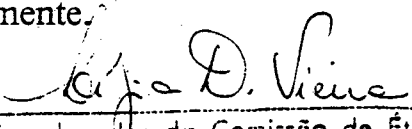
Florianópolis, 24 de maio de 2001.

DECLARAÇÃO

A Comissão de Ética da Enfermagem do HU/UFSC declara que o projeto “O IDOSO HOSPITALIZADO E SEU FAMILIAR ACOMPANHANTE: UMA PROPOSTA DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PARA O AUTO CUIDADO POR MEIO DA EDUCAÇÃO PARTICIPATIVA”, de autoria da enfermeira Jordelina Schier, não contém nada que infrinja o Código de Ética ou as Leis do Exercício da Profissão de Enfermagem.

Obs: Solicitamos entrega do Relatório Final deste Projeto à Comissão de Ética de Enfermagem do HU/UFSC.

Atenciosamente,



Coordenador da Comissão de Ética
da Enfermagem do HU/UFSC

Lígia Dutra Vieira
Enfermeira
COREN-SC 47726

ANEXO I - Termo de Consentimento Livre Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

**O IDOSO HOSPITALIZADO E SEU FAMILIAR ACOMPANHANTE : UMA
PROPOSTA DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PARA O AUTOCUIDADO POR
MEIO DA EDUCAÇÃO PARTICIPATIVA**

MESTRANDA : JORDELINA SCHIER

ORIENTADORA : PROF^a. DR^a. LÚCIA H. T. GONÇALVES

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Por este termo de consentimento, declaro que fui informado (a) que a Enfermeira Jordelina Schier, aluna do Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, propõe um estudo, com o objetivo de desenvolver uma prática assistencial baseada em enfermagem para o autocuidado, com ênfase em ação educativa participativa, junto aos idosos internados na Clínica Médica Masculina II do Hospital Universitário e seus familiares acompanhantes.

Concordo em participar, de forma livre e espontânea, da presente proposta, sendo-me assegurados o sigilo e o anonimato, bem como a retirada deste consentimento em qualquer fase da prática sem penalização alguma e sem prejuízo na assistência que venho recebendo da Instituição. Também estou de acordo que as informações sejam utilizadas e divulgadas no referido estudo.

Data :

Nome do participante :

Assinatura :

ANEXO J – Técnica de Grupo : Rede

Técnica de grupo: Rede

Objetivo: reconhecer e aproximar o grupo.

Material: fita ou barbante.

Tempo: 10 minutos

Desenvolvimento: - os participantes dispostos em círculo;

- propor e explicitar ao grupo a técnica da rede;
- o primeiro participante segura a ponta da fita ou barbante e se apresenta ao grupo dizendo seu nome, estado civil, idade, enfim, fazendo uso da palavra livremente de modo que os demais participantes o conheçam um pouco;
- em seguida, permanece segurando a ponta da fita e passa o rolo para outro participante, que faz o mesmo processo de apresentação;
- e assim, sucessivamente, até que todos os participantes se apresentaram;
- ao final, observamos o desenho formado pelo entrelaçar de fitas refletindo sobre a formação do grupo e a interdependência dos participantes.

ANEXO K - Técnica de grupo: A Vela¹²

Técnica de grupo: A Vela

Objetivo: Momento de avaliação e fechamento do grupo em si e de cada indivíduo.

Explorar o sentimento de afastamento e finitude do grupo.

Material: - uma vela grande e nova;

- um toco de vela queimada;
- fósforo ou isqueiro;
- dois castiçais.

Tempo: 15 minutos

Desenvolvimento: - propor e explicitar ao grupo a técnica da vela;

- acender o toco de vela dizendo que a mesma representa o final de toda a atividade desenvolvida;
- passar o toco de vela para o participante se expressar livremente sobre esse momento, que após ter se colocado passa para outro participante e assim sucessivamente até que todos tenham se expressado;
- acender a vela grande e nova dizendo que este é também um novo começo, uma nova etapa, agora fora desse grupo;
- passar a vela grande e nova para o participante se expressar livremente sobre esse momento, que após ter se colocado passa para outro participante e assim sucessivamente até que todos tenham se expressado;

encerrar com despedidas e agradecimentos

¹² CASTILHO, A. A dinâmica do trabalho de grupo. Rio de Janeiro: Qualitymark Ed., 1998.

ANEXO L – O Jovem Rapaz e a Estrela-do-Mar¹³

O jovem rapaz e a estrela-do-mar

Um homem sábio fazia um passeio pela praia, ao alvorecer. Ao longe, avistou um jovem rapaz que parecia dançar ao longo das ondas. Ao se aproximar, percebeu que o jovem pegava estrelas-do-mar da areia e as atirava suavemente de volta à água.

Então o homem sábio lhe perguntou:

- O que você está fazendo?
- O sol está subindo e a maré está baixando; se eu não as devolver ao mar, irão morrer.
- Mas meu caro jovem, há quilômetros e quilômetros de praias cobertas de estrelas-do-mar... Você não vai conseguir fazer diferença.

O jovem se curvou, pegou mais uma estrela-do-mar e atirou-a carinhosamente de volta ao oceano, além da arrebentação das ondas. E retrucou:

- Fiz diferença para essa aí.

A atitude daquele jovem representa alguma coisa de especial que existe entre nós. Todos somos dotados da capacidade de fazer diferença. Cada um de nós pode moldar o próprio futuro. Cada um de nós tem o poder de ajudar as pessoas e nossas instituições a atingirem seus objetivos.

¹³ TAGLIARI, M. H. *Transpondo limites e identificando possibilidades na prática educativa cuidativa com famílias*. 2001. 95p. Relatório da Prática Assistencial (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis